



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**FARMACÊUTICO DE FAMÍLIA
RELAÇÃO DE CUMPLICIDADE FARMACÊUTICO-UTENTE-
NUCLEO FAMILIAR**

Trabalho submetido por
Pedro Daniel Mendonça Colaço
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Profª Drª Maria do Rosário Dias

outubro de 2014

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Prof. Dra. Maria do Rosário pelos seus preciosos ensinamentos e incansável apoio. Não poderia ter tido melhor guia e mentora na minha dissertação. Sem os seus conhecimentos, dedicação e perseverança não teria conseguido concluir. É difícil expressar o quanto lhe estou grato. Agradeço-lhe o seu entusiasmo, inspiração, paciência, ajuda e amizade. A sua dinâmica, rigor, capacidade de trabalho e organização são um exemplo a seguir. Foi para mim um privilégio aprender e crescer com alguém tão especial como a Prof. Dra. Maria do Rosário Dias. Obrigado,

Agradeço ainda à Dra. Nádia Simões e Dra. Eva Coelho pelos seus ensinamentos e apoio.

À Dra. Sofia Serôdio, pelo acompanhamento e crescimento a nível pessoal.

À Dra. Isaura Martinho, Directora Técnica da farmácia onde fiz o estágio. Sem a sua compreensão e tolerância não teria sido possível terminar este estudo.

Para agradecer aos meus Pais, Maria Fernanda Colaço e José Carlos Colaço não tenho palavras, especialmente à minha mãe pela resiliência e pragmatismo, exemplos para a minha vida pessoal e profissional.

À minha avó, criadora e companheira de sempre.

Aos entrevistados por toda a disponibilidade.

Finalmente obrigado a todos os meus amigos por estarem sempre presentes em todos estes anos de vida académica.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

O presente estudo empírico tem como objetivo refletir sobre o eventual papel funcional do “*Farmacêutico- de- Família*” na prestação de cuidados de saúde primários ao Utente/ Núcleo Familiar, relevando-se a intervenção do Farmacêutico no quotidiano da sua prática clínica, a nível nacional. Nesse sentido, foram efetuadas, numa primeira fase, entrevistas exploratórias a Farmacêuticos de modo a identificar indicadores pertinentes em torno do conceito-chave que suporta o presente objecto de estudo. Numa segunda fase, foram realizadas entrevistas semiestruturadas realizadas a Farmacêuticos e Utentes. A análise de conteúdo das respostas tanto das entrevistas exploratórias como das entrevistas semiestruturadas foi efectuada com recurso à utilização do programa Atlas. Ti7 permitindo, assim, compilar e identificar uma grelha de codificadores transversais que foram posteriormente analisados, estatística e quantitativamente. Os resultados obtidos devem ser analisados de forma cautelosa, face às limitações que este estudo empírico naturalmente equaciona. Contudo, na opinião tanto dos Farmacêuticos como dos Utentes/Doentes entrevistados, a figura do “*Farmacêutico-de-Família*” poderia constituir-se como uma mais-valia, tendo em conta o *expertise* do Farmacêutico no que diz respeito ao medicamento e à sua *acessibilidade* junto da população.

Palavras-chave: “Farmacêutico-de-Família, Cuidados de saúde primários, Utente/ Núcleo Familiar, acessibilidade.”

Abstract

This empirical study aims to reflect on the possible role of "*Family Pharmacist*" in providing primary health care to the Users / Family Unit, highlighting the pharmaceutical intervention in everyday life of their clinical practice, nationally.

For that, were carried out initially, exploratory interviews to Pharmacists in order to identify relevant issues around the key concept related to the subject presented. In a second step, were carried out semi-structured interviews to Pharmacists and Users. Content analysis of responses both in the exploratory interviews as in the final interviews was carried out with the use of the Atlas Ti7. Program, allowing to identify and compile a grid of cross coders, which were subsequently analyzed statistically and quantitatively. Results should be analyzed on a precautionary basis, given the limitations that this empirical study equates naturally. However, according to both Pharmacists and Users / Patients interviewed, the figure of "*Family Pharmacist*" could be constituted as an asset, taking into account the *expertise* of the Pharmacist about medicine and its accessibility for the community.

Keywords: "*Family Pharmacist, primary health care, Users - Family Unit, accessibility*".

“It is health that is real wealth and not pieces of gold and silver.”

“É a saúde que é a verdadeira riqueza, e não peças de ouro e prata.”

Mahatma Gandhi (1927)

Índice

Agradecimentos	1
Resumo	2
Abstract	3
Índice Geral	5
Índice de Figuras	7
Introdução	8

I

Modelo teórico da pesquisa

1.	Enquadramento teórico	
1.1.	Cuidados farmacêuticos no contexto da assistência na saúde	
1.1.1.	Origem e evolução do conceito de cuidados farmacêuticos	10
1.1.2.	Estudos sobre os cuidados farmacêuticos prestados	11
1.1.3.	A satisfação dos utentes com os serviços de farmácia comunitária	16
1.2.	Contexto nacional dos cuidados farmacêuticos	
1.2.1.	Farmácia comunitária em Portugal e sua evolução	22
1.2.2.	Relação Farmacêutico – Utente – Núcleo Familiar e o conceito de “Farmacêutico de Família”	
1.2.2.1.	Visão dos diversos sectores da sociedade actual em relação ao Farmacêutico	28
1.2.2.2.	O conceito de Farmacêutico de Família	33
1.2.2.3.	Perfis de doentes	34
1.2.2.4.	A cumplicidade da relação “Farmacêutico-Utente-Núcleo Familiar”	35
1.2.2.5.	Obstáculos na implementação do novo paradigma	40
1.2.3.	Relevância da comunicação Farmacêutico-Utente	42

2.	Formulação da problemática e objecto em estudo	
2.1.	Formulação da problemática em estudo	46
2.2.	Relevância da temática escolhida	47
2.3.	Objecto de pesquisa.....	48

II

Modelo analítico da pesquisa

3.	Estratégia metodológica da investigação	
3.1.	Estratégia metodológica de investigação das entrevistas exploratórias	50
3.2.	Estratégia metodológica de investigação das entrevistas finais.....	56
4.	Análise qualitativa das entrevistas exploratórias e finais	
4.1.	Apresentação e discussão dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas exploratórias a farmacêuticos	60
4.2.	Apresentação e discussão dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas finais a:	
4.2.1.	Farmacêuticos.....	67
4.2.2.	Utentes	71

III

Modelo interpretativo

5.	Conclusão	77
6.	Bibliografia	81
7.	Anexos	92

Índice de figuras

- Figura 1: Metodologia adoptada na realização e análise das entrevistas exploratórias
- Figura 2: Metodologia adoptada na realização e análise das entrevistas finais
- Figura 3: Farmacêuticos – Papel do Farmacêutico Comunitário
- Figura 4: Farmacêuticos – Farmacêutico-de-Família
- Figura 5: Farmacêuticos – Relação com o Núcleo Familiar
- Figura 6: Farmacêuticos – Integração na equipa de Cuidados de Saúde Primários
- Figura 7: Farmacêuticos – Obstáculos
- Figura 8: Utentes – Papel do Farmacêutico Comunitário
- Figura 9: Utentes – Farmacêutico-de-Família
- Figura 10: Utentes – Relação com o Núcleo Familiar
- Figura 11: Utentes - Integração na equipa de Cuidados de Saúde Primários
- Figura 12: Utentes – Obstáculos

Introdução

No panorama da saúde em Portugal a temática do “*Farmacêutico-de-Família*”, no âmbito da *relação de cumplicidade Farmacêutico-Utente-Núcleo Familiar*, parece ter enorme pertinência, uma vez que a relação interpessoal entre o Profissional de saúde e o Utente/Núcleo Familiar em contextos de prestação de cuidados de saúde e, as dimensões psicossociais que a conformam, tais como, os comportamentos de adesão à terapêutica medicamentosa, os processos de conforto e acompanhamento na doença, não só são geralmente pouco pesquisadas entre nós, como se constituem de dimensão fundamental no âmbito da promoção da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados ao Utente, à Família e à Comunidade.

Os programas de melhoria de qualidade em saúde, que sejam relacionados com a qualidade dos cuidados prestados começam a ter importância crescente no Serviço Nacional de Saúde. A prestação de cuidados de saúde humanizados é, uma questão de grande actualidade, envergando com frequência dilemas éticos aos Profissionais de saúde, aspectos que ainda acentuam mais a importância deste estudo a propósito da relação de cumplicidade que se quer estabelecer no quotidiano entre o Farmacêutico- Utentes-Núcleo Familiar.

Este estudo empírico divide-se em três partes fundamentais ao nível da narrativa: o modelo teórico, o modelo analítico e o modelo interpretativo da pesquisa. Na primeira parte foram revistas as questões históricas relacionadas com cuidados farmacêuticos no contexto dos cuidados prestados, bem como o actual contexto dos cuidados farmacêuticos a nível nacional. Delimitamos o problema sobre o qual incidirá o estudo, a importância da temática escolhida e os objectivos do presente estudo empírico.

O primeiro capítulo da parte I centra-se numa revisão da história e da evolução da Farmácia em Portugal, com particular destaque para as tendências actuais desenvolvidas em diferentes países. Foram revistos estudos fundamentais realizados no âmbito deste objecto de estudo, o que dá a possibilidade de inteirar de forma praticamente completa sobre os antecedentes e a situação actual da problemática em estudo e é desenvolvido o referencial teórico do seu estudo.

INTRODUÇÃO

No segundo capítulo desta primeira parte apresentamos a problemática em estudo, a importância da temática escolhida e os objectivos da pesquisa.

Na segunda parte apresentamos de forma detalhada a metodologia de investigação adoptada, a formulação das questões que orientam o estudo e para finalizar apresentamos e discutimos os resultados da pesquisa.

Finalmente, na terceira parte, seguem-se as conclusões do estudo, procurando corroborar as questões-chave e as questões comuns identificadas.

Este estudo, quer pelo referencial teórico que optou para enquadrar a sua investigação, quer pela metodologia de investigação e orientação escolhidas é uma investigação de natureza qualitativa. Os seus resultados podem inequivocamente interessar aos profissionais que prestam cuidados de saúde e aos organismos decisores da reformulação da prestação desses cuidados a nível nacional.

I

Modelo teórico de pesquisa

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Cuidados farmacêuticos no contexto da assistência na saúde

1.1.1. Origem e evolução do conceito de cuidados farmacêuticos

Segundo Gouveia (1999), no início do século passado, para além da dispensa medicamentosa, o Farmacêutico tinha como responsabilidade a produção, bem como a manipulação medicamentosa. Era visto aos olhos da sociedade, como a referência no campo do medicamento, exercendo influência e tendo acção em todas as fases do ciclo deste.

O crescimento da Indústria Farmacêutica e a diversificação da área de acção do profissional farmacêutico tornaram a prática farmacêutica na mera dispensa de medicamentos industrializados, tendo levado ao distanciamento do farmacêutico da área do medicamento, descaracterizando, desse modo, a farmácia (Hepler e Grainger-Rousseau, 1995; Gouveia, 1999).

A década de 60 vê o nascimento de um movimento profissional estado-unidense, decorrente do aumento da insatisfação com a nova forma de actuação do farmacêutico, devido ao crescente processo de industrialização do ramo farmacêutico. Este novo movimento, veio permitir que os Farmacêuticos participassem na equipa de Saúde, aproveitando o seu *know how*. Questionando a formação e acções, criou mecanismos de correcção de problemas, com vista ao aprimoramento dos Cuidados de Saúde conferidos ao doente. Isto teve como resultado o surgimento do campo da Farmácia Clínica, no meio hospitalar, onde o Farmacêutico começou a monitorizar a farmacoterapia dos pacientes (Granda, 2004; Holland & Nimmo, 1999).

Já na década de 90, com o fito da redução quer dos níveis de morbilidade, quer dos níveis de mortalidade, associadas ao medicamento, Hepler e Strand sugerem uma nova actividade profissional ao Farmacêutico, denominada de *Pharmaceutical Care*, ou *Atenção Farmacêutica*, traduzindo para a nossa língua (Hepler & Strand, 1990).

Neste novo paradigma, o farmacêutico está a cargo da necessidade, segurança e efetividade da farmacoterapia do paciente, o que é conseguido através da identificação, prevenção e resolução dos Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM'S).

Começa, assim, a ter uma actuação mais efetiva no que concerne à assistência do paciente (OPAS, 2002). Assim, a farmacoterapia aparece como o âmbito de intervenção farmacêutica mais utilizado (LYRA *et al.*, 2000; HEPLER & GRAINGER-ROUSSEAU, 1995), estando o farmacêutico encarregue de garantir que o paciente atinge resultados positivos cabendo-lhe, então, a responsabilidade do cumprimento dos esquemas farmacoterapêuticos por parte do paciente (LEE & RAY, 1993).

Atenção farmacêutica é o termo utilizado para designar todo o espectro de actuação no qual o profissional farmacêutico participa de forma activa, nomeadamente, na avaliação dos resultados, na terapia dos pacientes e nas tomadas de decisão. É imperativo que o farmacêutico tenha a percepção correcta das suas competências, assim como das suas limitações, aquando da sua intervenção no processo saúde – doença (ZUBIOLI, 2000).

A alteração das condutas, fazendo a incorporação na prática profissional de um modelo que permita ao farmacêutico assumir a responsabilidade no campo da farmacoterapia é um dos desafios impostos à classe farmacêutica em Portugal. Para que isto seja exequível, é fundamental uma relação contínua Utente-Farmacêutico, para que os Serviços Farmacêuticos sejam realizados de maneira ética e legal, e de modo a obter resultados permanentes, assegurando assim, a efectividade e a segurança da terapia estabelecida.

Dessa forma, cabe aos profissionais farmacêuticos procurarem o seu lugar nas equipas de Saúde, estabelecendo e fortalecendo laços que sustentem e beneficiem a sua prática profissional, indo ao encontro dos objectivos estabelecidos para a *Atenção Farmacêutica* e procurando identificar e servir as necessidades dos seus utentes.

1.1.2. Estudos sobre os cuidados farmacêuticos prestados

Em 1993, Organização Mundial de Saúde (OMS), à margem de uma reunião de um grupo que se reuniu para discutir o papel do Farmacêutico no Sistema de Saúde publicou a “Declaração de Tóquio”, abrindo dessa forma, uma enorme janela de oportunidade para a ampliação da prática farmacêutica (World Health Organization, 1994).

Provin *et al.* (2010) defende que, actualmente, o atendimento farmacêutico resume-se a um acto clínico individual, facto que é preciso contornar. Para criar impacto em todo o processo terapêutico e na promoção do uso seguro e racional do medicamento, há que tornar este acto numa sistematização de intervenções, integradas num adequado sistema informativo, que permita uma comunicação otimizada com os outros profissionais de saúde responsáveis pela terapêutica.

De acordo com o mesmo, vemos nascer no cenário brasileiro e internacional um novo modelo de actuação profissional – a *Atenção Farmacêutica*, na qual o profissional farmacêutico assume a responsabilização (*accountability*) na terapêutica, por forma a garantir que o paciente atinja resultados positivos. Isto é conseguido através do cumprimento dos esquemas farmacoterapêuticos e pelo seguimento, de forma rigorosa, do plano de assistência. O objectivo final do processo terapêutico é a melhoria da qualidade de vida do paciente, através da optimização farmacoterapêutica e do uso racional do medicamento. Para alcançar tal meta, surge como obrigatório o aprimoramento ou aquisição dos conhecimentos, atitudes e *skills*, que permitam ao farmacêutico integrar-se numa equipa multidisciplinar, cooperando estreitamente com outros profissionais de Saúde e interagir, de maneira mais próxima com o Utente e com a Comunidade (em que está incluído o seu Núcleo Familiar) (Provin *et al.*, 2010).

Analisando a literatura, conclui-se que os Cuidados Farmacêuticos são os Serviços Farmacêuticos mais explorados e referenciados. Até ao final de 2003, são referenciados cerca de 1000 artigos sobre a temática “Cuidados Farmacêuticos em Farmácia Comunitária”, no MEDLINE (Farris, Fernandez-Llimos & Charlie Benrimoj, 2005). Nos dias de hoje, os Cuidados Farmacêuticos são, dentro da gama de serviços oferecidos em Farmácia Comunitária, os mais bem implementados. Os Serviços Farmacêuticos vêm dar resposta a uma crescente procura de maior número de soluções para as necessidades dos utentes e o aumento de qualidade da prestação dos profissionais farmacêuticos (WHO, 1994).

Os Cuidados Farmacêuticos foram definidos por Hepler e Strand (1990), nos Estados Unidos em 1990, sendo também nessa década, que se estende esse conceito ao continente europeu Bernstein *et al.*, (2001). Hepler e Strand (1990) definem pela primeira vez os Cuidados Farmacêuticos como “...a cedência responsável de terapêutica-medicamentosa com o propósito de obter os resultados terapêuticos

desejados” e, “melhorar a qualidade e vida do utente”. Deste modo, o Farmacêutico torna-se um elemento nuclear na obtenção dos resultados pretendidos, o que passa por, segundo os autores: “Cura da doença; Eliminação ou Redução de Sintomas de Doença; Diminuição ou Atraso do Progresso de uma Doença; Prevenção da Doença ou dos seus Sintomas.”

Esta definição requer uma responsabilização por parte do Farmacêutico relativamente a três funções primordiais em benefício do Utente: identificação, prevenção e resolução de PRM's (Problemas Relacionados com Medicamentos) actuais, ou futuros. O Farmacêutico ultrapassa o actual papel de mero dispensador de medicamentos, passando a exercer, também, a promoção e aconselhamento terapêutico ao utente e, prestando sempre que surja essa necessidade, serviços individualizados (Bernsten *et al.*, 2001), o que vem permitir um maior sucesso terapêutico e alcançar os resultados pretendidos, dado que o farmacêutico não se limita à dispensa do medicamento prescrito, mas antes, à monitorização e gestão da terapêutica (Hepler & Strand, 1990).

Berenguer *et al.* (2004) diz que, nos dias que correm, os Cuidados Farmacêuticos constituem uma prática de rotina, que é aceite por inúmeros farmacêuticos em todo o mundo.

Baseados no conceito das *Good Pharmacy Practice* (Berenguer *et al.*, 2004), apresentam como objectivo primordial, a optimização do propósito terapêutico, através da promoção do uso correcto do medicamento. Desta forma, são beneficiados não só os Utentes, uma vez que obtém o resultado terapêutico desejado, mas também a sociedade em geral, pela redução da morbilidade e mortalidade (Berenguer *et al.*, 2004) e pela diminuição dos custos de saúde e absentismo (Garrett & Martin, 2003).

Assim, podemos concluir que os Cuidados Farmacêuticos são uma prática que enaltece a profissão, mas que implicam o envolvimento do Utente no processo, dependendo o seu sucesso dos resultados da relação Farmacêutico-Utente (Hepler & Strand, 1990). De acordo com Berenguer *et al.* (2004) podemos, então, definir os Cuidados Farmacêuticos como um processo colaborativo que visa prevenir, identificar e resolver Problemas Relacionados com Saúde e Medicamentos.

Em 1997, a OMS define o papel do farmacêutico como sendo "um prestador de Serviços Farmacêuticos, capaz de tomar decisões, comunicador, líder, gestor de recursos e informação, aprendiz para a vida e educador". Este conceito nomeou-se "*The seven-star pharmacist*" (WHO, 1997).

Com esta mudança de paradigma, o foco de preocupação da Acção Farmacêutica passa a ser o bem-estar do Utente. Para James & Rovers (2003) podemos dividir em quatro as categorias que podem ser implantadas pelos farmacêuticos com vista à melhoria dos Cuidados de Saúde conferidos à população, entre as quais: “Acompanhamento e Educação do e para o Utente; Avaliação dos seus factores de risco; Prevenção da Saúde; Promoção da Saúde e Vigilância das Doenças.”

Segundo Etamad e Hay (2003), os farmacêuticos comunitários têm uma posição privilegiada o que lhes permite oferecer, uma vasta gama de Serviços. Esta posição é obtida pelo facto de a farmácia ser o estabelecimento de saúde que apresenta maior grau de acessibilidade, e ao qual os utentes mais recorrem, e por o farmacêutico ser o último profissional de saúde a contactar com o utente antes da toma de medicamentos (Cranor, Bunting & Christensen, 2003).

Podemos aferir, assim, que os farmacêuticos possuem uma função vital na promoção da adesão à terapêutica, e por outro lado controlam a eficácia da farmacoterapia através da monitorização de parâmetros biológicos (pressão arterial, níveis de colesterol e glicose no sangue), etc... o que lhe possibilita a detecção precoce de Reacções Adversas Medicamentosas (RAM) e, conseqüentemente, o reajuste terapêutico, juntamente com o médico, sempre que necessário (Etamad e Hay, 2003).

Diversos estudos (Faus, 2000; Hatoum e Akhras, 1993; Hepler & Strand, 1990) realizados concluem o assinalável aumento do sucesso terapêutico quando se verifica a cooperação e participação efectiva dos farmacêuticos junto dos seus utentes. Este sucesso é mais evidente em doentes crónicos com hipertensão (Garção & Cabrita, 2002), diabetes (Cranor, Bunting & Christensen, 2003), dislipidémias, asma (Bernsten *et al.*, 2001), asma, doenças cardiovasculares (Alvarez de Toledo, Gonzalez & Riera, 2001), etc., bem como em populações com predisposição para ocorrência de RAM, como é o caso dos idosos polimedicados (Bernsten *et al.*, 2001).

Apesar do avanço científico e de termos actualmente maiores conhecimentos, continuam a ser inúmeros os casos de insucesso terapêutico e de RAM. Para além disso, à medida que os medicamentos se tornaram mais complexos, surgiu uma necessidade maior supervisão (WHO, 1994). Assim, um sistema de Cuidados Farmacêuticos organizados e eficazes é importante para o controlo das RAM e a gestão do processo terapêutico.

Guerreiro, Cantrill e Martins (2010) concluíram que mais de metade dos casos de morbilidade relacionados com medicamentos podem ser evitados. Assim sendo, uma vez que estas situações resultam num aumento de custos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), levam à perda de produtividade e resultam em sofrimento para os Utentes, constitui-se um sério problema de Saúde Pública que precisa de ser resolvido.

Tanto ao nível da comunidade como ao nível de doentes hospitalizados, encontram-se diversas referências bibliográficas que apontam estimativas da incidência de PRM (Problemas relacionados com medicamentos). Num estudo efectuado em 89 Farmácias Comunitárias da América do Norte (Rupp, De Young & Schondelmeyer, 1992), verificou-se 28,3% de erros de prescrição. Estes erros poderiam ter resultado em graves danos aos doentes na ausência de intervenção farmacêutica.

Segundo a investigação de Winterstein, Sauer, Hepler e Poole (2002), as admissões hospitalares devidas a morbilidade evitável relacionada com medicamentos, em países industrializados, apresentam níveis comparáveis às hospitalizações por cancro e enfarte de miocárdio. Além disso estes autores concluíram ainda que 7,1% das admissões hospitalares derivam de PRM.

Estima-se que na hierarquia das causas de morte nos Estados Unidos, as RAM posicionam-se em quarto lugar, logo após as doenças cardiovasculares, cancro e AVC (Lazarrou, Pomeraz & Corey, 1998).

No Continente europeu, as RAM são um factor de elevada incidência em doentes hospitalizados (Dormann *et al.*, 2000; Pirmohamed, Breckenridge, Kitteringham & Park, 1998), sendo uma das causas frequentes dessa hospitalização (Vervloet & Durham, 1999). Os Cuidados Farmacêuticos vêm favorecer, não só a adesão à terapêutica, como a diminuição significativa do número de PRM, numa categoria muito especial e em que, não raras vezes ocorrem estas problemáticas, como é a dos idosos polimedicados (Anderson, Brodin & Nilsson, 2002).

Assim, de acordo com Hepler e Strand (1990), podemos afirmar que os Cuidados Farmacêuticos vêm, de certa maneira, colmatar as falhas da tradicional dispensa medicamentosa traduzindo, essencialmente, o modo como profissionais de saúde e utentes poderão atingir o objectivo pretendido - a eficácia terapêutica.

O novo sistema “utentocêntrico”, ao invés do tradicional “medicamentocêntrico” é a grande diferença entre o modelo utilizado nos Cuidados Farmacêuticos e utilizado

no processo de dispensa tradicional. Com base num sistema terapêutico direccionado para o Utente e para a sua qualidade de vida, ficam garantidos os desideratos de toda e qualquer terapêutica: segurança e eficácia.

Com a prática dos Cuidados Farmacêuticos, pode ser prevenida facilmente uma RAM, que no sistema tradicional não é, sequer, detectada. De acordo com Volume *et al.* (2001), os farmacêuticos encontram-se, frequentemente, envolvidos na prevenção, detecção e resolução de PRM (Volume *et al.*, 2001), o que pode representar inegáveis benefícios económicos, e imensuráveis melhorias na saúde dos pacientes.

1.1.3. Sobre satisfação dos Utentes com os serviços de Farmácia Comunitária

Segundo Plumrigde e Wojnar-Horton (1998) existem, ainda, barreiras para a determinação do valor efectivo dos Serviços Farmacêuticos.

Pese embora esse facto, Berenguer *et al.* (2004), consideram os Serviços Farmacêuticos, cuja aceitação ainda não é consensual, um factor de exponenciamento do valor dos medicamentos na nossa sociedade, devido à diminuição dos índices de morbilidade e mortalidade, aquando da sua prática. Ainda de acordo com Berenguer *et al.* (2004) existe pesquisa de interesse, que prova significativa redução de custos associada à prática dos serviços farmacêuticos.

A análise a estudos efectuada por Rupp De Young e Schondelmeyer (1992) estima o valor de US\$2,32 que a intervenção farmacêutica teria por prescrição, enquanto para Dobie e Rascatti (1994), a intervenção farmacêutica e consequente redução de custos apresentariam um valor de US\$3,47, por prescrição. Em 878 intervenções farmacêuticas efectuadas, que permitiram evitar hospitalizações e visitas ao médico efectuou-se uma poupança de US\$800.000 (Miller & Ortmeier, 1995).

A análise quantitativa visando reacções adversas medicamentosas, levada a cabo por Joshnson e Bootman (1997) estimava valores superiores aos US\$76 mil milhões/ano de gastos, sem ter em conta custos indirectos relacionados com absentismo ou morte (Schumock, Butler, Meek, Vermeulen, Arondekar & Bauman, 2003).

Num estudo feito por Cranor, Bunting e Chriwstensen (2003) em doentes diabéticos inferiu-se que, comparativamente à prática tradicional, os serviços farmacêuticos levam a uma diminuição de custos médicos directos de US\$0,672 por paciente/ano. Locca, Ruggli, Buchman, Huguenin e Bugnon (2009) num estudo focando

o processo de implementação e impacto económico de um serviço inovador de gestão da terapêutica, implementado durante 4 anos em 42 lares (2214 idosos residentes) na Suíça, comprovaram que o sistema de monitorização farmacoterapêutica levou a uma significativa diminuição do custo anual em medicamentos (16,4%), por cada idoso, no espaço de 3 anos.

Todas as investigações levadas a cabo no âmbito dos Serviços Farmacêuticos permitem concluir que estes contribuem para uma redução exponencial da quantidade de hospitalizações, e uma consequente diminuição acentuada da despesa em saúde, a nível geral.

Não é fácil analisar quantitativamente os benefícios dos Serviços Farmacêuticos, dada a heterogeneidade do seu volume e dos seus valores, na realidade das Farmácias Comunitárias portuguesas. Contudo num estudo de Gouveia e Machado (2008) que teve como âmbito quantificar o volume dos Serviços Farmacêuticos prestados em Farmácia Comunitária veio preencher essa lacuna. Os Serviços alvo de maior enfoque foram: a “Avaliação e Interpretação de testes realizados” (tensão arterial, colesterol e medição de glicémia) e o “Aconselhamento de medicamentos”, sujeitos ou não a receita médica. Chegou-se à conclusão, que em Portugal, ao nível da Farmácia Comunitária ocorre a prática de 38,8 milhões de actos farmacêuticos anualmente, o que representa um custo de 54 milhões de euros, o denominado “*fee-for-service*” que, na generalidade, não são cobrados ao utente, sendo o equivalente a aproximadamente 20% dos resultados brutos das farmácias.

Outro dos propósitos do estudos, era estimar o valor que os utentes atribuíam a estes serviços. Contudo, não existindo um preço definido, decidiram os investigadores avaliar, através método do *Choice experiments*, esse valor, no que concerne à percepção do bem-estar alcançado, em 76,5 milhões de euros (Gouveia e Machado, 2008).

Desse modo, consideramos ser importante mencionar a relevância da implementação dos Serviços Farmacêuticos, tanto quanto possível, homogeneamente a nível nacional, por forma a facilitar a atribuição do “*fee-for-service*”, o que poderia ser uma das medidas a implementar com vista à sustentabilidade das Farmácias Comunitárias em Portugal. Além disso, esta remuneração permitiria também a viabilidade dos Serviços Farmacêuticos que, como demonstrado neste capítulo, ampliam as oportunidades profissionais de actuação do Farmacêutico e, como

consequência, permitem a melhoria dos Cuidados de Saúde conferidos à população portuguesa.

O Decreto-Lei n.º 48 547, de 27 de Agosto de 1968, citando o artigo 1º, define como competências da actividade farmacêutica “...a função de preparar, conservar e distribuir medicamentos ao público, de acordo com o regime próprio das farmácias, dos laboratórios de produtos farmacêuticos, dos armazéns destinados aos mesmos produtos, dos serviços especializados do Estado e dos serviços farmacêuticos hospitalares. Seguidamente, define o artigo 2º, que cabe “...também ao farmacêutico a realização de determinações analíticas em medicamentos, com o fim da sua verificação, e de análises químico-biológicas, nos termos estabelecidos por lei.”

No que concerne à evolução das Farmácias e da sua prestação de Serviços de Saúde, deixaram de ser apenas locais de venda de medicamentos, e de produção de medicamentos manipulados para uso humano e veterinário, para importantes espaços de Saúde, reconhecidos pelos utentes. A portaria nº 1429/2007, de 2 de Novembro de 2007, regula os Serviços que as Farmácias poderão prestar, estando estes restritos à actividade farmacêutica, e devendo respeitar integralmente as competências atribuídas a outras profissões de saúde. Quanto aos Serviços Farmacêuticos de Promoção para a Saúde e do bem-estar dos utentes, que podem ser prestados pelas Farmácias, a profissão farmacêutica, vê a prática dos Serviços oficialmente reconhecida e o seu âmbito de actuação alargado, em relação à legislação anterior, nos seguintes itens:

- a) Apoio domiciliário;
- b) Administração de primeiros socorros;
- c) Administração de medicamentos;
- d) Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
- e) Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação;
- f) Programas de Cuidados Farmacêuticos;
- g) Campanhas de informação;
- h) Colaboração em programas de educação para a saúde.

Analisando o panorama das Farmácias Comunitárias portuguesas, investigado na sua dissertação, Silva (2011), propõe as seguintes implicações:

“As Farmácias devem investir de forma efectiva, por forma a proporcionar uma ampla gama de serviços de excelência, sendo inequívoca uma necessidade de adaptação ao nível do *setting* farmacêutico. A Farmácia deve, então, efectuar uma

reorganização criando, por exemplo, salas de atendimento personalizado, com vista a proporcionar um espaço adequado para a prestação de Cuidados Farmacêuticos. Contudo neste estudo inferiu-se ter sido negligenciado o aspecto do investimento no *setting* farmacêutico. Ao nível da formação profissional terão também de ser efectuados os investimentos necessários. O curriculum académico do profissional farmacêutico, encontra-se pouco dirigido para a prática do serviço, o que constitui uma clara limitação para as farmácias.”

Por último, e fora do âmbito do seu estudo, Silva (2011) refere a importância do preço dos Serviços Farmacêuticos, uma vez que são um incentivo à sua prática e permitem garantir a sua sustentabilidade e viabilidade económica das farmácias.

Silva (2011) defende que as farmácias podem vir a assumir um papel cada vez mais preponderante na prevenção e promoção da Saúde (os dois meios de acção prioritários do Plano Nacional de Saúde 2011-2016), ao invés da cura.

Não existe qualquer dúvida de que os Serviços Farmacêuticos tenham que ser regulados por lei, devido à gama de Serviços providenciados pelas farmácias ser bastante extensa. Porém, a lei deve ser clara e explícita no que concerne às exigências da implementação de novos serviços. Isto não se verifica na Portaria n.º 1427/2007, de 2 de Novembro de 2007, que se revela bastante ambígua, nomeadamente no que se refere aos profissionais habilitados para a sua prestação.

O primeiro passo para tornar a Farmácia uma parte firmemente integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), será a clarificação do âmbito de actuação da Farmácia Comunitária e dos seus Serviços. Assim, poderá atingir os seus objectivos no âmbito dos Serviços Farmacêuticos, cooperando estreitamente com os restantes profissionais de saúde do SNS, sempre com o objectivo último da pessoa do Utente. As Farmácias podem dar o apoio necessário, para evitar que as populações, cada vez mais envelhecidas, se tornem, como é característico, doentes crónicos polimedicados e, por conseguinte, diminuir a despesa pública com a Saúde, visando a sustentabilidade do SNS.

O estudo de Silva (2011) sugere que a formação, a nível académico, ou as suas lacunas, podem constituir uma barreira ao progresso de Serviços nas Farmácias. Todas as entidades formadoras, ao nível do pré-graduado e do pós-graduado, devem ter em atenção este facto. Ao nível do pré-graduado, as instituições formadoras de mestrados em Ciências Farmacêuticas devem considerar fortemente a introdução nos currículos,

não apenas sob a forma de unidades curriculares opcionais, como na conjuntura actual, de matérias que vão de encontro à mudança do paradigma no sector da Farmácia Comunitária em Portugal.

Uma nova abordagem, adaptada à também nova realidade da Farmácia Comunitária, focada na prestação de Serviços, deve ser fornecida por forma a preparar os futuros profissionais, a lidar com essa mudança. A formação farmacêutica base deve abordar, não só os Serviços, como também todo o processo de execução destes.

Ao nível pós-graduado, é muito importante que todas as entidades formativas do sector farmacêutico, promovam o desenvolvimento dos programas necessários à transmissão de conhecimentos da prática de gestão e, também, conhecimentos de implementação de serviços na Farmácia Comunitária.

Silva (2011) avança que os Serviços Farmacêuticos são já uma prática comum e estão equitativamente distribuídos no nosso país, de tal forma que, são oferecidos a toda a população, independentemente da localização em que se encontra a sua Farmácia ou do facto da Farmácia ter como proprietário um Farmacêutico, ou não. Resultados menos animadores, porventura devido a um certo desconhecimento por parte dos utentes relativamente aos Serviços, apontam para a escassa aceitabilidade de novos Serviços na Farmácia, bem como para um baixo investimento financeiro, ao nível da promoção de Serviços Farmacêuticos nos últimos 5 anos. O contrário verifica-se no caso dos Serviços que se aproximam mais do actual contexto da Farmácia, que apresentaram maiores índices de aceitabilidade. Isto pode levar-nos a reflectir que a mudança primordial a efectuar será, porventura, a mais difícil: a mudança de mentalidade da população utente das Farmácias em Portugal (Silva, 2011).

Podemos então rematar que, com o suporte de estratégias de negócio devidamente consolidadas e de novos incentivos, quer financeiros, quer legislativos, as Farmácias de Oficina poderão vir a providenciar uma gama de Serviços de Saúde, os ditos Cuidados Farmacêuticos, cada vez mais amplos, beneficiando sobremaneira o Utente. As Farmácias são inúmeras vezes o primeiro agente de Saúde a que as pessoas recorrem, mesmo antes de estarem doentes, e dada a inegável acessibilidade que apresentam, estão posicionadas na linha da frente para a prestação diária de Serviços, e por conseguinte para ampliar, o seu papel interventivo nos Cuidados de Saúde, que se encontra, nossa opinião, subestimado na conjuntura actual.

O *Project Minnesota*, realizado nos Estados Unidos foi o primeiro estudo de relevância sobre o impacto das acções da *Atenção Farmacêutica*, tendo os resultados obtidos após um ano sido favoráveis. A resolução dos Problemas Relacionados com Medicamentos reduziu a complexidade da procura farmacoterapêutica. Em suma observou-se uma relação custo-benefício favorável (Simpson, 1997).

Em diversas investigações realizadas, o incremento da qualidade de vida dos pacientes tem sido verificada, através da intervenção farmacêutica, nomeadamente em pacientes com diabetes, hipertensão e dislipidémia (Araúz, Sánchez, Padilla, Fernández, Roselló & Guzmán, 2001; Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldán, Sánchez-Casanova & Martínez-Beltrán, 1998; Cowper *et al.*, 1998; Erickson, Slaughter & Halapy, 1997; Morse *et al.*, 1986).

Romano-Lieber, Teixeira, Farhat, Ribeiro, Crozatti e Oliveira (2002), analisaram estudos de intervenção farmacêutica e a sua influência no uso de medicamentos pelo paciente idoso. Constataram que, de um modo geral, as intervenções mostravam resultados benéficos, nomeadamente em: redução de custos, melhoria as prescrições, maior adesão à terapêutica por parte do paciente e controlo da possibilidade de reacções adversas aos medicamentos. Entretanto, inferiram que a maioria das intervenções limitava-se ao aconselhamento ao usuário e/ou prescriptor, notando-se que a falta de acções efectivas levavam a uma inadequação do medicamento ao Utente.

Martínez *et al.* (2000), que avaliaram o impacto económico e clínico da substituição do fármaco Clindamicina sob a forma intravenosa (I.V.) pela forma oral, num grupo de 473 pacientes de um hospital espanhol demonstrou, claramente, os benefícios da intervenção farmacêutica. Uma pesquisa semelhante foi realizada por Santora, Kitrenos e Green (1990), que analisaram um programa de intervenção farmacêutica centrada no uso da terapia de Ranitidina I.V., demonstrando que um simples programa de intervenção e farmacovigilância por parte dos profissionais farmacêuticos pode gerar real poupança de dinheiro e promoção de uma adequada utilização do medicamento.

Os estudos citados evidenciam o impacto favorável da intervenção farmacêutica sobre a efetividade, qualidade de vida e custos assistenciais em Saúde. É de grande valia a realização e publicação de pesquisas bem delineadas, que efectuem a análise da relevância da intervenção farmacêutica para os sistemas de saúde.

1.2. Contexto Nacional dos Cuidados Farmacêuticos

1.2.1. Farmácia Comunitária em Portugal e sua Evolução

De forma a encarar de forma optimista o presente, e de forma não temerosa o futuro, reconhecemos, na presente investigação a impreterível importância do farmacêutico conhecer a sua história e a evolução de profissão uma tão nobre, quão condigna, como a de um farmacêutico. No presente capítulo, detalham-se, resumidamente, as páginas da extensa história desta milenar profissão, especificamente ao nível do sector comunitário. Desde os boticários, onde se efectuavam preparações galénicas, até aos modernos *settings* actuais, munidos de modernos *robots* que armazenam as preparações, agora industriais, verificamos um sem número de alterações, às quais o farmacêutico sempre soube adaptar-se e responder com o máximo profissionalismo e ética exigidos no cumprimento da sua função.

Sobre o Período Tradicional

O surgimento dos boticários em Portugal data, provavelmente, ainda do século XIII. De acordo com Hepler e Strand (1990), o boticário efectuava a preparação e a venda dos medicamentos, o denominado papel tradicional, fornecendo orientações necessárias aos seus utentes sobre o uso dos mesmos.

Para, Amaral & Amaral Provin (2008), desde o aparecimento do primeiro boticário até aos dias de hoje, o símbolo da farmácia continua a ser o mesmo: uma taça com uma serpente entrelaçada, que se projecta de pé até ao topo. A taça é representativa do poder curativo dos fármacos, enquanto a serpente evoca uma atitude de advertência, fazendo assim alusão à precaução e responsabilidade ética com o que farmacêutico deve reger a sua actividade.

Basso (2004) adianta que durante a Idade Média verificaram-se diversos marcos na área do sector farmacêutico nacional, entre os quais a separação da profissão médica da profissão farmacêutica, o aparecimento de organizações profissionais farmacêuticas, a introdução das farmacopeias no exercício profissional, o estabelecimento físico da farmácia, o reconhecimento da profissão farmacêutica, e o reforço do papel do farmacêutico enquanto agente de saúde pública.

De relevar que, um fenómeno singular na Península Ibérica, é com certeza a existência de boticárias do sexo feminino em Portugal. Surgem referências a mulheres boticárias, conotadas com a alta nobreza, nos séculos XV e XVI, sendo que a referência mais remota diz respeito a uma boticária em Lamego, no ano de 1326.

No início do século XVI encontramos uma grande quantidade de boticários portugueses no Oriente, parte deles desempenhando missões de elevada responsabilidade, tendo o período quinhentista sido uns dos mais profícuos da história do panorama farmacêutico português (Dias, Duque, Silva & Durà, 2004).

Novo Paradigma

A primeira descrição rigorosa feita *in loco* por um europeu, acerca das características botânicas, origem e propriedades terapêuticas de muitas plantas medicinais, foi feita por Garcia de Orta (1501-1568) n' "*O Colóquio dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia*" (Goa, 1563). Apesar de conhecidas anteriormente na Europa, estas plantas medicinais eram descritas de maneira errada ou de forma bastante escassa. (Dias, 2005)

Não consegue estabelecer-se uma barreira efectiva entre a Idade Média e o Renascimento. A partir do final do século XIV observou-se um crescente interesse pelo mundo clássico na arte, literatura, filosofia, educação, religião e ciência, tendo o conhecimento ultrapassado em larga escala os níveis atingidos até à data. Este novo olhar sobre o Mundo transformou amplamente a Farmácia e a Medicina, tendo-se destacado como principal personalidade desta época Paracelso. Esta figura condenou de forma categórica a Medicina da época, questionando tudo. Nomeou os três princípios imateriais do corpo humano, defendeu que a doença era uma anomalia, que teria que ser tratada quimicamente, com um medicamento específico para cada doença e segundo a máxima de que semelhante cura semelhante. O farmacêutico do século XVII tornou-se, dessa forma, um químico, cuja oficina farmacêutica se transformou num laboratório químico. É de fulcral importância referir ainda os mosteiros, autênticos centros farmacêuticos durante todo o Renascimento. Nas farmácias conventuais criaram-se inúmeros medicamentos, era prestada assistência médica aos pobres, e desenvolveu-se a "Indústria Farmacêutica" (Basso, 2004).

A aquisição de medicamentos era feita aos droguistas sob a forma de substâncias já transformadas observando-se, ainda, uma reticência à utilização de técnicas químicas de forma a evitar o investimento que acarretava a realização de operações laboratoriais, o que se deveu às características sócio-económicas da Farmácia portuguesa dos séculos XVII e XVIII. Além disso, este ofício tinha um carácter demasiado mecânico e toda a

estrutura sócio-profissional constituiu um entrave à introdução de inovações técnico-científicas até ao século XIX a nível nacional (Dias, 2005).

Já no final do século XVIII, segundo Pita (2010), os droguistas passaram a ser considerados intrusos no seio da profissão. Como consequência, surgiu, no ano de 1780, uma Ordem Real, onde se reafirmava que devido às constantes intromissões por parte de outros profissionais de saúde, no exercício da função de boticários, esta apenas podia ser exercida por quem estivesse devidamente habilitado para o seu exercício profissional. À luz deste facto se explica a ocorrência de inspecções aos boticários, por forma a avaliar se as boticas funcionavam dentro das respectivas normas (Pita, 2010).

Segundo Pita (2010), assistiu-se ao prosseguimento da industrialização do medicamento durante a 1ª Guerra Mundial. Observou-se, a nível nacional à evolução da produção, nos laboratórios das farmácias, de pequena escala, para uma produção em larga escala, nos laboratórios industriais, que combatiam no intuito de suprir a exclusividade das farmácias de oficina. As farmácias de oficina, que antes tinham o monopólio da produção de manipulados, continuaram a produzir, contudo a Indústria continuava a conseguir, galopantemente, a exclusividade do controlo dessa mesma produção (Pita, 2010). “As modificações operadas no Século XX modificaram a farmácia, não só na vertente técnica, mas também científica e sócio-profissional” (Pita, 2010: 242).

Em Portugal, o primeiro grande investimento ao nível da Indústria Farmacêutica foi feito no fim do século XIX, pela Companhia Portuguesa Higiene, cujo capital era bastante considerável para a época (Dias, 2005). A emancipação socioeconómica do farmacêutico português, aliou-se à sua integração como agente de saúde pública e especialista do medicamento. No decorrer do século XIX e início do século XX, o boticário deu lugar ao farmacêutico, e surgiram as primeiras obras científicas da autoria de farmacêuticos, observando-se uma dissociação dos estudos farmacêuticos em relação à Medicina (Basso, 2004).

No início do século passado, tal como adianta Gouveia (1999), o farmacêutico era tido pela sociedade como uma referência a nível profissional, no âmbito do medicamento. Assumia funções em todo o ciclo do medicamento, desde a dispensa medicamentosa, à produção e manipulação das formas magistrais.

Na década de 1950, devido ao facto da indústria farmacêutica ter continuado a evoluir e o campo de actuação do farmacêutico se ter diversificado para outras áreas, ocorreu um distanciamento do profissional farmacêutico, descaracterizando a farmácia, tornando a prática farmacêutica numa mera dispensa de medicamentos industrializados. (Gouveia, 1999; Hepler & Grainger-Rousseau, 1995).

Uma década mais tarde, nos anos 60, exponenciase o nível de desagrado com a nova forma de atuação, decorrente da crescente industrialização. Assim, aparece um movimento profissional norte-americano que questiona tanto a formação como as acções, elaborando mecanismos correctores dos problemas. Dessa forma, permitiu-se que os farmacêuticos integrassem a equipa de saúde, aproveitando o seu *know how*, com o intuito de aprimorar o estado de saúde do paciente. Ocorre, então, o aparecimento da categoria de farmacêutico clínico, responsável pela monitorização da farmacoterapia (Granda, 2004; Holland & Nimmo, 1999). Na verdade, repare-se que, volvidos 50 anos dessa data, ainda se encontra muito pouco aprofundada a figura do Farmacêutico Clínico em Portugal.

Para Pita (2010), a adesão de Portugal à União Europeia foi um ponto de viragem no sector farmacêutico em Portugal. Outro dos factores de mudança foi o grande desenvolvimento científico e tecnológico verificado no último quarto de século. É possível falar-se de um antes e de uma pós-adesão de Portugal à Comunidade Europeia, quando se aborda o sector do medicamento. As alterações efectuadas permitem-nos observar uma internacionalização das instituições de produção medicamentosa, bem como do medicamento. Paradoxalmente, e talvez como consequência de causas como a natureza das patentes, a falta de tradição no investimento na indústria química, a falta de investimento nas actividades de Investigação & Desenvolvimento, verificou-se uma redução bastante significativa do investimento no sector do medicamento no nosso país. Neste sentido, questiona que benefícios emergiram para Portugal com a entrada na União Europeia, no âmbito da saúde privada e pública; quais as consequências no sector industrial português; e, também, na economia nacional para o utente. Embora existam alterações legislativas profundas - verificadas no regime de propriedade de farmácias, bem como no regime de transferências, estas não foram feitas transpondo para Portugal directivas comunitárias. Estas medidas implementadas até a data têm sido prejudiciais à Saúde Pública, prejudicando também todo o sector farmacêutico. Além disso, não podemos esquecer as

Recomendações do Gabinete Regional da Organização Mundial de Saúde - Europa, referente ao papel e às funções do farmacêutico de oficina que acentuam a missão dos farmacêuticos europeus, nomeadamente o desafio das novas tecnologias e das exigências sociais, o direito à saúde como direito fundamental da Humanidade e da qualidade de vida como valor acrescentado a este último.

Actualmente, a actividade das farmácias comunitárias rege-se pelo Decreto-lei nº 307/2007 de 31 de Agosto, que foi posteriormente ditado pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de Agosto. Uma das principais alterações implementadas, através da qual se pretendeu garantir o equilíbrio no livre acesso à propriedade da farmácia, bem como evitar a sua concentração, através de uma limitação proporcional e adequada a quatro farmácias, é a possibilidade de qualquer pessoa singular e/ou sociedade comercial, poderem ser proprietárias, explorarem ou gerirem farmácias com excepção de prescritores, grossistas, produtores, unidades de saúde e subsistemas de saúde.

No Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos (EOF, 2001), o medicamento surge como o pilar essencial no conteúdo do *Acto Farmacêutico*. Isto pode eventualmente ilustrar um atraso do sector em Portugal, relativamente aos Estados Unidos da América, por exemplo, visto que, já no início da década de 1990, Hepler e Strand propõem, com o intuito de diminuir os elevados índices de morbilidade e mortalidade relacionados com medicamentos, uma nova atividade profissional ao farmacêutico. Esta nova actividade profissional teve a designação de *Pharmaceutical Care*, traduzido para *Atenção Farmacêutica* em português (Hepler & Strand, 1990). O Estatuto (EOF) define ainda uma série de actividades de interesse sanitário público, como a área das análises bromatológicas e hidrológicas, a clínica, as análises de aplicação, entre outras.

A actual conjuntura económica nacional reflecte-se na diminuição do poder de compra dos utentes, pode levar a menor adesão à terapêutica e num menor número de idas ao médico. Além disso houve um conjunto de medidas governativas (diminuição significativa do preço dos medicamentos, e das margens de lucro por medicamento), que vieram comprometer a sustentabilidade das farmácias de oficina. Hoje em dia o atendimento ao nível da farmácia comunitária centra-se na dispensa do medicamento, sendo o acto profissional no qual o profissional farmacêutico, após o diagnóstico do médico, dispensa os medicamentos ou substâncias medicamentosas aos doentes, acompanhada de toda o aconselhamento *sine qua non* se faz a correcta utilização de

medicamentos. De acordo com o Manual de Boas Práticas para a Farmácia Comunitária (2009), o farmacêutico deve ainda avaliar, aquando da dispensa activa de medicamentos, a medicação dispensada, por forma identificar e resolver Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM), protegendo o doente de possíveis resultados negativos associados à medicação.

Segundo o estudo de Costa, Santos e Silveira (2006), relativo às farmácias em Portugal, os resultados atingidos, bem como as estratégias utilizadas, dão actualmente conta de um elevado nível organizacional e de união ao nível das farmácias comunitárias portuguesas.

A permanente preocupação em assegurar uma formação contínua, aliada à formação universitária e cursos específicos nas diferentes valências farmacêuticas, conjuntamente com a prática do exercício quotidiano permite ao farmacêutico ganhar uma vasta experiência e um rol de conhecimentos científicos específicos de fundamental importância para responder ao objectivo de todos os Governos que tentam assegurar e melhorar a qualidade de vida. A formação na área do medicamento abrange o exercício da profissão a todos os níveis, desde o fabrico à distribuição; desde os cuidados farmacêuticos no acto da dispensa ao acompanhamento pós dispensa.

Uma formação complementar permitir-lhe-á optimizar o seu papel enquanto conselheiro próximo de todos os cidadãos e adquirir as técnicas de gestão necessárias, tendo em vista uma maior eficácia nos serviços prestados ao público.

Desde o início da década de 1990 que a pesquisa efectuada no âmbito da prática farmacêutica a nível nacional é maioritariamente assegurada pela Associação Nacional de Farmácias, mais especificamente ao nível do seu Centro de Estudos Farmacêuticos (CEFAR), colmatando a carência desta no meio académico.

As universidades que apresentam maior actividade ao nível da pesquisa em Farmácia Comunitária (a maioria da qual efectuada no âmbito da farmacoepidemiologia) são a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

É necessária, então, maior investigação neste campo, de forma a reduzir a despesa a nível do ambulatório, que a tantos “cortes” tem obrigado, e de forma a permitir a continuação da evolução na procura de melhores Cuidados de Saúde para a população portuguesa.

O Professor Doutor Batel Marques afirma neste registo que, “Dez anos no mundo actual é um eixo de tempo em que as dinâmicas de mudança não raramente se antecipam à elaboração de cenários” (*cit in* Aguiar, 2009:7) e, por isso, quanto ao futuro, os agentes responsáveis pelo poder decisor terão que ter em conta as oportunidades e prioridades da agenda política, sendo receptivos à criação de Serviços novos e inovadores, que têm que ser estrategicamente implementados. De pouco valerá a implementação de ferramentas e estratégias sem que exista uma visão clara acerca da profissão. Estas devem, sem excepção, ter em conta uma estratégia focada na sustentabilidade, quer económica, quer profissional do sector da Farmácia Comunitária em Portugal (Costa, Santos & Silveira, 2006).

Segundo Amaral, Amaral & Provin (2008), a incorporação de modelo que permita ao farmacêuticos adquirir *accountability* no campo da farmacoterapia surge como um dos desafios da profissão. É para isso fundamental uma estreita relação terapêutica Utente-Farmacêutico, para que os Serviços Farmacêuticos possam ser efectuados de forma tanto ética quanto legal, garantido resultados positivos e contínuos; assegurando a efectividade e segurança da terapêutica. Amaral, Amaral & Provin (2008) refere ainda que, como dito anteriormente nesta dissertação, o profissional farmacêutico tem que procurar o seu lugar nas equipas multidisciplinares (no caso português integradas no Serviço Nacional de Saúde), por forma a atingir os objectivos da profissão farmacêutica e indo ao encontro das reais necessidades da comunidade.

1.2.2. Relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar

1.2.2.1. Visão dos diversos sectores da sociedade actual em relação ao farmacêutico

Actualmente, segundo Chen e Britten (2000), a população em geral vê o farmacêutico como um mero dispensador de fármacos, ao invés de o considerar como um profissional de saúde, em toda a acessão da palavra. Nos dias de hoje, o papel do farmacêutico dentro da nossa sociedade é um tema que gera alguma discussão derivada da divergência entre as opiniões da população e a opinião dos colaboradores do SNS.

Pese embora a sua formação específica na área do medicamento, os farmacêuticos continuam à margem da equipa de Cuidados de Saúde Primários, escasseando as oportunidades para a observação de pacientes num ambiente de

Cuidados de Saúde Primários. Devido ao facto de ser efectuado no ambiente tradicional de Farmácia Comunitária, o contacto farmacêutico-utente acaba por ser breve, em média dura 1-3 minutos, e sem planeamento, não estando direccionado para um atendimento particular mais minucioso, no que concerne a informações específicas do doente em causa.

De acordo com Bissel, Blenkinsopp, Short e Mason (2008), um atendimento efectuado de uma forma personalizada e “*sem pressa*” - ou seja, fornecendo o tempo necessário para que o doente exponha os seus problemas -, foi bastante valorizado pelos utentes das farmácias.

Ainda de acordo com Chen e Britten (2000), quando as consultas são realizadas num gabinete privado, em ambiente despreocupado, a duração destas aumenta exponencialmente (15-90 minutos). Porém, não é este facto que faz aumentar o número de consultas efectuadas, o que pode ser explicado pela falta de hábito dos utentes em terem este tipo de aconselhamento mais cuidado, individualizado e específico, por parte dos farmacêuticos.

Segundo uma investigação de Guerreiro, Cantrill e Martins (2010), a maior parte dos pacientes não revelaram consciência do papel do farmacêutico na monitorização da terapêutica medicamentosa, apesar de o reconhecerem como um prestador de cuidados de saúde. Esta conclusão mostra-se consistente com os resultados de uma pesquisa elaborada por Law, Ray, Knapp e Balesh (2003) nos Estados Unidos da América, à luz dos quais é fulcral informar os pacientes acerca do risco de problemas relacionados com medicamentos e a forma como a monitorização efectuada por farmacêuticos pode reduzir essa ameaça.

A sensibilização sobre estes aspectos, juntamente com as experiências de prestação de serviços aos pacientes podem moldar as expectativas dos pacientes em relação ao papel dos farmacêuticos. É improvável que os farmacêuticos comunitários consigam ganhar um papel clínico estabelecido se os pacientes não reconhecerem a natureza das competências dos farmacêuticos e a sua relação com o uso de medicação.

Bissel, Blenkinsopp, Short e Mason (2008), descobrem que os pacientes abrangidos em experiências de serviços de gestão medicamentosa ao nível comunitário ainda consideravam o seu médico como o profissional de saúde responsável pelos seus medicamentos. Os resultados de Guerreiro, Cantrill e Martins (2010) vieram sublinhar

essa percepção, fazendo a sugestão de que, para o paciente, o profissional de saúde responsável pela sua terapêutica medicamentosa, esteja ligado, de forma intrínseca, aos direitos de prescrição.

Num estudo efectuado por Guerreiro, Catrill e Martins (2010), sobre a satisfação dos utentes portugueses com a farmácia comunitária nacional, inferiu-se que os pacientes não demonstravam expectativas claras e concretas no que concerne ao papel do farmacêutico, nem conseguiam antecipar os resultados pretendidos. Isto vem corroborar as descobertas de Renberg, Lindblad & Tully (2006), em que se verificou ser difícil para os pacientes abrangidos pelos serviços farmacêuticos descrever os mesmos, diferenciando-os de outros cuidados de saúde que já tinham experienciado anteriormente.

Apesar disso, ainda de acordo com Guerreiro, Cantrill e Martins (2010), os relatos feitos pelos pacientes acerca dos serviços clarificaram que a expectativa dos pacientes em relação ao farmacêutico era a de uma abordagem profissional ao nível do aconselhamento, com elevado grau de confiança no aconselhamento e na garantia do encaminhamento.

Dessa maneira, as expectativas não devem ser entendidas como baixas. A expansão do papel do farmacêutico é, ainda, uma novidade, e os pacientes podem ainda não ter suficiente experiência com estes novos serviços, de forma a reflectirem sobre os efeitos produzidos por estes.

Segundo Foppe van Mil e Schulz (2006), na maioria dos países europeus o farmacêutico é, de modo geral, o profissional de saúde com maior acessibilidade, sendo também o único profissional cujo conhecimento e habilidade permitem proporcionar uma correcta assistência farmacêutica.

Noutros países europeus, como a Alemanha e a Holanda, assim como em alguns fora do “Velho Continente”, como por exemplo o Canadá e o Brasil, os farmacêuticos têm um papel cada vez mais integrado nos Cuidados de Saúde Primários.

Realizou-se um estudo em que Farrel *et al.* (2010) avaliaram a percepção dos médicos, quanto à integração do farmacêutico na prática familiar. Os “médicos-de-família” tinham como expectativa, à partida, ter um melhor desempenho ao nível de diagnóstico/prescrição, monitorização e administração, sendo a sua *performance* mais

baixa ao nível da educação do doente, em comparação com os farmacêuticos. Contudo, a maioria dos médicos-de-família nunca tinha trabalhado directamente com um farmacêutico num ambiente de Cuidados de Saúde Primários de prática familiar.

Ao longo do tempo, os médicos perceberam o aumento da contribuição dos farmacêuticos no diagnóstico/prescrição, monitorização e revisão da medicação, e decréscimo da sua própria contribuição para o diagnóstico/prescrição e educação dos pacientes. As alterações da percepção dos médicos relativamente à contribuição dos farmacêuticos demonstraram uma subestimação inicial do papel que o farmacêutico pode ter nos cuidados primários e um reconhecimento gradual do *know-how* e competência destes mesmos, bem como uma facilidade em partilhar contribuições interprofissionais no processo médico (Farrel *et al.*, 2010).

Num estudo de Chen e Britten (2000), os farmacêuticos revelaram competências no que respeita ao fornecimento de conselhos sobre medicação de forma independente, num ambiente de cuidados primários tranquilo, privado, acessível e credível. Os pacientes tiveram grande aceitabilidade no que respeita à realização deste aconselhamento providenciado pelos farmacêuticos. Porém, desconhece-se a reacção que os pacientes poderiam ter se estas consultas, nas mesmas condições, fossem realizadas por outros profissionais da equipa de Cuidados de Saúde Primários.

Se o Farmacêutico estiver integrado numa equipa de Cuidados de Saúde Primários pode, com o consentimento informado do doente, providenciar informação vital aos médicos, sobre a forma como os pacientes estão a realizar a toma da medicação e se os pacientes têm crenças que afectem a sua adesão à terapêutica.

A magnitude da não adesão à terapêutica pode ser explicada à luz do desentendimento entre a interpretação dos médicos e pacientes em relação à medicação. Uma das causas possíveis para este desentendimento pode ser a pouca importância que os médicos dão à visão que os pacientes têm sobre a forma e os efeitos da sua medicação. Por outro lado, os próprios pacientes revelam alguma relutância para discutir a sua visão sobre a medicação com os médicos. Os autores consideram, então, que uma das medidas possíveis para aumentar a concordância em relação à adesão terapêutica seria a possibilidade de discutirem a medicação com outros profissionais da equipa de Cuidados de Saúde Primários.

Foppa, Beliveacqua, Pinto e Blatt (2008) salientam num estudo, baseado no acompanhamento de 4 pacientes portadores de patologias crónicas, que o processo farmacêutico focalizava-se com maior frequência na acção do medicamento, marginalizando o cuidado com o paciente.

Porém, durante a prática da *Atenção Farmacêutica*, englobada na Assistência Farmacêutica, descobrem-se Problemas Relacionados com Medicamentos e a falta de adesão à terapêutica. Assim, sendo o acompanhamento farmacoterapêutico um acto profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades relacionadas com a medicação do paciente, através da detecção dos problemas relacionados com medicamentos para prevenção e detecção de resultados nefastos relacionados com problemas relacionados com medicamentos, vem facilitar a identificação deste tipo de problemas e o planeamento de intervenções para os ultrapassar.

Outro argumento a favor da introdução do farmacêutico nas equipas de Cuidados Primários é avançado por Cipolle *et al.* (2006), que constata um aumento da fatia da despesa com os cuidados de saúde, o que reflecte uma ameaça real para a sobrevivência, a longo termo, de qualquer SNS, quer seja privado, quer público. As causas deste incremento incluem a exponencial diminuição da natalidade, o que leva ao aumento da população idosa, falta de controlo dos gastos administrativos, dos custos com inovação tecnológica, falta de efectividade dos tratamentos, elevada remuneração dos médicos especialistas, e dos administradores hospitalares e, ainda, a crescente despesa com medicamentos (Cipolle *et al.*, 2006). Acrescendo a isto, existem inúmeros factores socioeconómicos associados, como a pobreza, a criminalidade e a violência social, que geram diversas consequências no estado de saúde da população, para além de que as medidas adoptadas para o combate aos custos têm surtido pouco efeito no âmbito geral.

Além dos factores supramencionados, Johnson e Bootman (1997) concluem que a área do medicamento gera desvios comuns na maioria dos países: utilização de produtos desnecessários ou com potencial toxicidade inaceitável; prescrições irracionais; desperdício; gerando todos estes factores elevados custos relacionados com a morbilidade e mortalidade. Estes dois autores criaram um modelo que aponta para uma estimativa do custo da morbilidade e mortalidade relacionado com os fármacos, tendo também elaborado um modelo de estimativa probabilística sobre "*até que ponto o cuidado farmacêutico conseguiria minimizar os resultados terapêuticos negativos*".

Chegaram à conclusão que a *Atenção Farmacêutica* pode constituir uma ferramenta eficaz na redução dos problemas e distorções relacionados com os medicamentos (Provin, Campos, Nielson & Amaral, 2010).

Outro problema que se levanta é, na opinião de Maria (2006), a prática de automedicação, reforçada exponencialmente pelo *empowerment* do doente, e que pode traduzir-se numa redução acentuada da carga de trabalho do médico, como consequência de uma menor procura de consultas para resolução de problemas de saúde *minor* e autolimitados e, simultaneamente, num decréscimo dos custos com medicação. No entanto, esta prática não está impune no que respeita a riscos, nomeadamente com determinados grupos terapêuticos. Efectivamente, pode mascarar doenças graves, com o consequente atraso no diagnóstico ou prejuízo no seguimento médico de situações potencialmente graves. Pode levar também a um possível uso inadequado de medicamentos por alguns doentes, como por exemplo idosos ou com défice cognitivo significativo. Outro factor de risco é a interacção entre medicamentos prescritos (Maria, 2006). Segundo o mesmo autor, surge então a necessidade da intervenção farmacêutica, que pode ter um papel fulcral no que concerne à farmacovigilância, diminuindo assim os riscos inerentes à automedicação, como são exemplos a toma duplicada de medicação, as reacções adversas medicamentosas (RAM), as interacções medicamentosas ou a dosagem inadequada. Deste modo, a intervenção farmacêutica contribui para uma melhoria terapêutica, ao nível do controlo de todos os factores anteriormente citados, resultantes do aumento do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Este papel é fundamental para a promoção da utilização racional de medicamentos junto do consumidor e utilização de sistemas eficientes de informação e de comunicação farmacêutico-médico, com o objectivo de maximizar os benefícios e reduzir a um mínimo aceitável os riscos derivados da utilização de fármacos (Maria, 2006).

1.2.2.2. O conceito de “Farmacêutico-de-família”

Em Portugal o conceito de “farmacêutico-de-família” ainda não se encontra implementado, nem tão pouco definido embrionariamente.

Noutros países, existe este conceito, contudo, com uma panóplia de significados diferentes. Por exemplo, no Brasil, em que a Farmácia Comunitária se encontra

parcamente desenvolvida, este conceito já existe, sendo o seu papel desenvolvido no âmbito da sua integração na equipa de Cuidados de Saúde Primários. Existem autores que reforçam a utilidade do conceito de farmacêutico-de-família, como por exemplo Foppa, Beliveacqua, Pinto e Blant (2008). Estes autores defendem que a intervenção do farmacêutico direccionada especificamente à família pode ter um impacto positivo em questões fulcrais tais como : problemas com o abandono de pacientes idosos, falta de cuidador como prestador de auxílio na monitorização, cuidadores não preparados de forma adequada, necessidade de uma rede de apoio e falta de competências das equipas de Cuidados Primários para resolver conflitos com o núcleo familiar. Esta actuação pode ser efectuada por parte de um farmacêutico sendo, no entanto, negligenciada na maioria das situações.

Efectivamente, na investigação que estes autores levaram a cabo, na prática do atendimento na atenção primária, um dos campos em que o farmacêutico pode actuar é com a família. Esta actuação é mais pertinente quando ocorrem problemas com a medicação de alguns tipos de doentes, principalmente com idosos, comumente doentes crónicos e, muitas vezes a efectuar polimedicação.

1.2.2.3. Perfis de Doentes

Podemos dividir os doentes, apesar de toda a multiplicidade inerente à condição humana, em quatro categorias, sendo que duas destas, o doente desinformado e o doente informado são de particular interesse para o nosso estudo:

Segundo Dias (2000), os doentes desinformados são os que obtêm menor grau de satisfação na relação terapêutica, dado que evitam fazer perguntas ao farmacêutico. Estes doentes, retiram-se de qualquer processo de decisão informada e partilhada, direccionam o protagonismo exclusivamente para o profissional de saúde, assumindo uma condição de espectadores passivos na doença.

Quanto aos doentes informados, Dias (2000) remata que estes estabelecem estratégias procura da informação de forma constante. Ao contrário dos doentes desinformados, ultrapassam a atitude passiva na relação, assumem o seu protagonismo nesta beneficiando, assim, em termos de qualidade da terapêutica. Podemos encontrar na categoria dos doentes informados, duas subcategorias: os informadores benignos,

que assumem uma grande importância por fornecerem informações credíveis acerca da doença, sendo que por seu turno, a outra subcategoria dos informadores malignos, contribui negativamente para a doença, como refere Dias (1997) por possuírem informação maligna.

1.2.2.4. A cumplicidade da relação “Farmacêutico-Utente-Núcleo Familiar”

Na perspectiva de Foppa, Beliveacqua, Pinto e Blatt (2008), a resolução de problemas derivados de medicamentos encontrava-se, não raras vezes, relacionada com o contexto familiar e/ou social, sendo que na maioria das situações o paciente, por ele próprio, era incapaz de compreender ou efectuar intervenções neste âmbito.

Há que ter em conta o papel do núcleo familiar, bem como da rede de apoio no cuidado dos pacientes que apresentam dificuldades na utilização de medicamentos. Aqui entram em acção não só as equipas interdisciplinares, mas também a intervenção da família, com vista à contribuição na resolução de problemas relacionados com a medicação e para o sucesso da terapêutica.

Hoje em dia, há uma clara tendência da adopção de uma abordagem conciliadora do medicamento e usuário. No que respeita ao atendimento farmacêutico, nomeadamente na atenção primária, verificou-se que o núcleo familiar pode ser um campo de acção para resolver mais eficazmente os problemas com a medicação, principalmente em idosos com doenças crónicas e/ou degenerativas, recorrendo a politerapia. Efectivamente, alguns autores observaram que 80 a 90% dos serviços e cuidados prestados à população idosa são feitos por familiares. Tendo em conta os dados apontados, apercebemo-nos da vital importância que uma relação de cumplicidade Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar pode ter no sucesso da terapêutica (Foppa, Bevilacqua, Pinto & Blatt (2008)).

De acordo com Guerreiro, Cantrill e Martins (2010), surge a necessidade, a nível nacional, de alargamento da implementação dos serviços farmacêuticos, tanto ao nível do aumento do número de farmácias, como do número de pacientes monitorizados por cada farmácia. Este alargamento é importante para que o serviço possa ser considerado realmente uma alternativa no âmbito da prática geral. Esta acção terá que abordar um

amplo conjunto de factores, quer internos, quer externos, no que respeita ao ambiente da farmácia comunitária, incluindo as relações interprofissionais entre Farmacêuticos e Médicos-de-Família.

A existência de uma relação terapêutica profícua Paciente-Farmacêutico é fundamental. Segundo Rovers, Currie, Hagel, McDonough e Sabotka (1998), características como a confiança e a cooperação devem estar, inequivocamente, presentes na relação terapêutica entre paciente e farmacêutico. Afirma este que a contribuição farmacêutica "inclui manter uma atitude cuidadora apropriada", o que é confirmado pelas evidências do estudo de Guerreiro, Cantrill e Martins (2010), que disponibiliza a perspectiva dos doentes em relação a essas competências relacionais. Além disso, a efectividade da relação terapêutica apresenta implicações directas na avaliação da satisfação com a assistência farmacêutica. Tendo como exemplo um questionário realizado por Traverso, Salamano, Botta, Colautti, Palchik, & Perez (2007), que foi recentemente validado, em que é pedido aos pacientes que avaliem uma série de itens tais como: *"Quantas vezes o seu farmacêutico vê consigo se a sua medicação está a ser eficaz?"*; *"Como é que o seu farmacêutico utiliza as informações sobre as suas condições/fármacos anteriores, aquando da avaliação da sua terapêutica medicamentosa?"*; e *"Qual a responsabilidade que o seu farmacêutico assume perante a sua farmacoterapia"*, contrapomos com os resultados obtidos por Guerreiro, Cantrill e Martins (2010), que sugerem que os pacientes não conceituam o papel do farmacêutico de acordo com estas questões, que à partida seriam algumas das mais indicadas. Uma via que hipoteticamente pode vir a ser utilizada de modo a lidar com esta questão será a de desenvolver instrumentos de investigação mais direccionados às concepções do serviço fornecidos aos pacientes.

Lau, Dolovich e Austin (2007), no seu estudo de prática simulada, concluíram que num ambiente de prática familiar os farmacêuticos têm que desenvolver a sua capacidade de compreensão, aprimorar as competências de entrevista, valências ao nível da empatia, apresentar competências aprimoradas de gestão informacional com o intuito de extrair informação de relevo para o mapeamento da terapêutica, competências aumentadas no que respeita à resolução de problemas na terapêutica para gerir pacientes a efectuar politerapia, competências clínicas com evidência científica para interpretar a literatura de cuidados primários e aplicá-la aos pacientes e, o mais importante, competências de colaboração com equipas multidisciplinares.

Machuca, Fernández-Llimós e Faus (2003) observaram que no Brasil o conceito de farmacêutico-de-família é expresso através da utilização do Método Dader, que permite obter a história farmacoterapêutica do doente, ou seja, problemas de saúde que apresenta e medicamentos que utiliza, e avaliação dos parâmetros fisiológicos e bioquímicos numa data específica, para identificar e resolver problemas relacionados com a medicação. Após essa identificação, efectuam-se intervenções farmacêuticas necessárias para resolver esses problemas e, posteriormente, faz-se uma avaliação dos resultados.

Ainda no estudo de Machuca, Fernández-Llimós e Faus (2003), para pesquisar problemas relacionados com a medicação recorreu-se a intervenção abrangendo o contexto familiar e social, através de ferramentas como o genograma, fundamental na identificação de recursos familiares, bem como na identificação de toda a equipa médica (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais), que constitui apoio à acção terapêutica; e o ecomapa, para avaliar os apoios e recursos disponíveis e utilizados pelas famílias, para além das equipas interdisciplinares. Foi constatada a importância da família e dos grupos de apoio nos problemas anteriormente mencionados e a necessidade do farmacêutico desenvolver a prática da *atenção farmacêutica* recorrendo a tais ferramentas. Além disso, inferiu-se a importância das visitas domiciliárias para aprofundar o conhecimento do núcleo familiar e a necessidade do trabalho interdisciplinar, com vista a melhorar a qualidade do atendimento.

Numa investigação efectuada por Foppa, Beliveacqua, Pinto e Blatt (2008), conclui-se que o trabalho interprofissional é uma das bases para a mudança do modelo de assistência à saúde, tendo-se verificado que, em 2 dos 4 pacientes, houve uma contribuição significativa de outros profissionais da equipa de saúde para a resolução de problemas relacionados com medicamentos e para acréscimo da qualidade de vida do doente. Os autores chamam à atenção que este aspecto é mais crítico em idosos que não têm família, ou aqueles cujo suporte não é proporcionado por familiares. Esta abordagem focada na família só é exequível em virtude da organização da atenção primária que actualmente se pratica no Brasil, designada de Estratégia de Saúde da Família, que visava proporcionar o uso racional e efectivo do medicamento e a introdução do farmacêutico na equipa de saúde.

De acordo com Falceto, Fernandes e Wartchow (2004), uma verdadeira e eficaz assistência à saúde estará sistematizada na forma de equipas multidisciplinares, com enfoque na família, e na compreensão do contexto em que a família vive, permitindo uma percepção mais ampla do processo saúde/doença.

Um método que, segundo Maria (2006), poderia ser um facilitador no processo comunicativo médico-de-família-farmacêutico comunitário seria um sistema de referenciação de 2 vias, o que possibilitaria tirar partido do farmacêutico comunitário como especialista na utilização no uso de MNSRM, de modo a assegurar, por outro lado, uma via através da qual o farmacêutico pode referenciar ao médico doentes com situações potencialmente graves.

O II Consenso de Granada refere que um problema relacionado com um medicamento é um problema de saúde vinculado com a farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados esperados da saúde desse paciente. A falta de eficácia na farmacoterapia assume dimensões importantes. No entanto, a Atenção Farmacêutica, no contexto da *Assistência Farmacêutica* na Saúde da Família, pode constituir uma alternativa eficaz na obtenção de melhores resultados clínicos e económicos, melhorando desse modo a vida dos usuários do SNS.

Em Portugal, já foram realizados diversos esforços no sentido de conter o aumento dos custos associados a medicamentos. Temos como exemplo o contínuo desenvolvimento e o uso de orientações terapêuticas adoptadas por formulários mais ou menos restritivos; a diminuição das margens de lucro das farmácias; a obrigatoriedade de prescrição de genéricos por parte dos médicos; a diminuição dos preços dos medicamentos, de forma geral; a redução de custos a nível hospital; entre outros.

A pesquisa desenvolvida em Portugal, centrava nos problemas derivados da prescrição e utilização de medicamentos, é escassa ou de interesse limitado, embora esta seja de uma importância inequívoca.

Constitui-se como uma excepção um estudo de Marques *et al.* (2009), que ganha relevância significativa, pois incide sobre uma problemática-chave da prática clínica: a automedicação. Concluiu-se que a automedicação apresenta implicações clínicas, económicas e socioculturais assinaláveis, que estão interligadas com a utilização racional dos medicamentos, educação para a saúde e os direitos individuais e colectivos.

Outros estudos em países europeus dão conta da importância crescente do problema. Numa investigação espanhola, por exemplo, a automedicação com antibióticos ocorreu em 32% das situações, sendo 20% dos casos da responsabilidade do próprio doente e 12% do farmacêutico ou ajudante.

Nos países ocidentais hoje em dia, e como é o caso de Portugal, existe a tendência para alteração do estatuto de medicamentos sujeitos para não sujeitos a receita médica e, paralelamente, observa-se uma mudança no comportamento dos consumidores no sentido da auto-medicação. É então legítima a preocupação, por parte dos profissionais de saúde, com a auto-medicação, principalmente com medicamentos com razoável potência, visto que há detalhes bastante importantes que podem escapar à vigilância médica. De entre estes detalhes destacam-se as interações medicamentosas e interações com outras substâncias não medicamentosas como os produtos fitoterapêuticos, as reacções adversas medicamentosas, as tomas duplicadas ou não-adesão terapêutica. Na realidade, o estímulo à automedicação pode resultar em custos a longo prazo, que podem exceder os potenciais benefícios.

Aqui, deverá reservar-se o papel do farmacêutico comunitário, que pode ser de preponderante importância para o médico-de-família na prática clínica, permitindo uma redução acentuada da carga de trabalho do médico-de-família e favorecendo a melhor utilização dos recursos disponíveis. O farmacêutico comunitário, enquanto prestador de Cuidados de Saúde Primários, deve ter a capacidade de avaliar se os medicamentos dispensados em regime de automedicação vão ter eficácia terapêutica ou se este precisa de ser referenciado ao médico para avaliação e terapêutica adequada.

Apesar dos MNSRM serem considerados seguros, não podemos negligenciar os perigos inerentes à sua utilização e esta utilização leva a que os doentes tenham um papel de responsabilidade acrescida quanto à própria saúde e riscos que podem surgir.

O controlo da automedicação vai implicar uma *accountability*, ou seja, uma responsabilização perante o acto terapêutico acrescida, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente do farmacêutico comunitário. *Accountability* é um termo da língua inglesa, sem tradução exacta para o português, que remete para a obrigação de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas a instâncias controladoras ou aos seus representados. Outro tema usado numa possível tradução para a língua de Camões é, como anteriormente referido, a responsabilização.

Então, podemos ter que abraçar duas perspectivas: ou o farmacêutico, para ter maior *accountability*, terá que efectuar um diagnóstico específico do pedido do doente, ou de outra perspectiva o farmacêutico pode monitorizar mais pormenorizadamente a terapêutica pós-venda do medicamento de regime de venda livre.

1.2.2.5. Obstáculos à implementação do novo paradigma

Chen e Britten (2000) defendem que, quando “vem à mente” os obstáculos à implementação do novo paradigma do farmacêutico-de-família aparece na linha da frente, a pessoa do Médico. Segundo Chen e Britten, (2000) estudos rematam que a relutância da classe médica constitui um dos obstáculos *major* em relação à realização de consultas directas aos pacientes por farmacêuticos.

De acordo com Veber (2005), o farmacêutico não faz parte da equipa mínima da Estratégia de Saúde em Família (equivalente às Unidades de Saúde Familiar em Portugal) segundo estando assim afastado do Serviço Nacional de Saúde. Em contraponto, Foppa, Beliveacqua, Pinto e Blatt (2008) defendem a existência de uma janela de oportunidade no que respeita à sua actuação, como por exemplo nos campos da gestão administrativa, em acções viradas para o doente (dispensa orientada, actividades educativas de Farmacovigilância e de *Atenção Farmacêutica*) e a interacção interprofissional Médicos-Farmacêutico. Neste último aspecto, o farmacêutico deve ter um papel de informador privilegiado (Dias, 2005) em relação à medicação, funcionar como prestador de auxílio na monitorização terapêutica, contribuindo assim para uma terapêutica mais segura e eficaz. Porém, de acordo com este autor, será necessário que estes profissionais melhorem e aprofundem os seus conhecimentos.

De acordo com (Provin, Campos, Nielson & Amaral, 2010), o afastamento/isolamento, consciente ou inconsciente, do farmacêutico da restante equipa de profissionais de saúde deu-se devido à criação de regulamentação própria da sua função.

Segundo os autores anteriormente referidos, é necessária uma reaproximação do Farmacêutico, criando uma articulação com os restantes profissionais de saúde, visando a melhoria de todo o processo terapêutico, ao permitir uma melhor comunicação e um trabalho conjunto com os outros profissionais de saúde, nomeadamente com Médicos.

Os autores verificaram mudanças concretas, sendo no entanto necessários esforços que visem a qualificação e melhoramento da relação farmacêutico-equipa de saúde (Provin, Campos, Nielson & Amaral, 2010).

Lau, Dolovich e Austin (2007), avançam que a profissão Farmacêutica registou uma grande expansão da sua actividade nos últimos anos ao entrar no ambiente de Cuidados Primários, trabalhando em paralelo em equipas interdisciplinares para otimizar a terapêutica farmacológica dos pacientes. Esta expansão do papel do farmacêutico carece da obtenção dos conhecimentos e das competências necessárias, especificamente à prática de cuidados primários, área com a qual o farmacêutico ainda não parece estar familiarizado.

Os programas curriculares das universidades, hoje em dia, preparam os estudantes a nível da comunicação e da aquisição de competências, tendo em vista a resolução de problemas na prática tradicional dos ambientes de farmácia comunitária e hospitalar. Contudo, o ambiente de prática clínica em contexto familiar é único, sendo um ambiente para o qual os alunos de Ciências Farmacêuticas recebem pouca, ou mesmo nenhuma, experiência prática.

Uma análise qualitativa de um estudo anterior de intervenção com base nos Cuidados Primários sugeriu que os farmacêuticos a trabalhar em ambientes de cuidados primários necessitam de um treino adicional e suporte, tanto a nível clínico, como não clínico (Howard *et al.*, 2003).

Nesse mesmo sentido, um estudo britânico de Salter, Holland, Harvey e Henwood (2007) revela que, por meio de uma pesquisa, foram concedidas 29 informações sobre medicamentos, no âmbito da realização de visitas domiciliárias efectuadas por 7 farmacêuticos comunitários, que anteriormente não eram do conhecimento dos pacientes. Isto pode ser explicado por falhas na relação terapêutica Paciente-Farmacêutico, o que pode constituir-se um factor chave para explicar este *gap*. Os resultados de Guerreiro, Cantrill e Martins (2010) sugerem que os pacientes formam as suas impressões, que vêm a ser úteis futuramente, no contexto de uma relação de confiança e de colaboração. Isso vem reforçar a ideia de que se tem que ter bastante cuidado ao extrapolar conclusões acerca das perspectivas dos pacientes de um serviço para outros serviços, pese embora a similaridade destes.

De acordo com uma investigação de Guerreiro, Cantrill e Martins (2010), é importante que o profissional farmacêutico que visa assumir um novo papel profissional, ao nível dos cuidados farmacêuticos, adquira ou aprimore os seus *skills* interpessoais, reconhecidamente valorizados pelos doentes, pois este tipo de competências apresenta um grande impacto na relação terapêutica. Será também fundamental uma mudança de mentalidade, o que normalmente é o mais difícil, no que concerne ao aumento do espírito de *accountability* do farmacêutico, ou seja, uma maior responsabilização em todo o processo terapêutico, como foi explicado anteriormente, e não só, no acto da dispensa medicamentosa. Para Bissel, Blenkinsopp, Short e Mason (2008), torna-se possível com uma experiência sustentada, no âmbito do serviço farmacêutico, levar a um entendimento de que a *accountability* pelos resultados obtidos na terapia medicamentosa seja compartilhada entre os profissionais de saúde envolvidos, nomeadamente Farmacêuticos e Médicos-de-Família e Pacientes.

1.2.3. Relevância da comunicação Farmacêutico-Utente

A comunicação em saúde é uma componente essencial para a prestação dos cuidados de saúde e, simultaneamente, um indicador da qualidade dos mesmos e dos serviços de saúde. As competências comunicacionais são fundamentais para estabelecer relações interpessoais gratificantes, assegurar a qualidade do trabalho em equipa e a gestão da informação, visando um mais alto nível de qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Para Marin (2002) o farmacêutico funciona como um agente de comunicação de grande importância. Cabe ao farmacêutico, sem deixar essa função para “mãos alheias” contribuir para o uso racional de medicamentos e optimização da terapêutica. Por forma a cumprir esse papel, tem que fazer uma abordagem integrada, junto dos outros profissionais de saúde e junto dos seus utentes.

A Organização Mundial de Saúde define como missões do farmacêutico comunitário: “informar os pacientes sobre o uso das medicações e ministrar a assistência farmacêutica, acompanhamento e avaliação segundo protocolos terapêuticos, aconselhamento para com os medicamentos prescritos e de produtos medico-farmacêutico, participação de programas em educação para a saúde e colaboração com outros profissionais da equipa de saúde”.

É fundamental que haja uma boa comunicação entre farmacêutico e utente, que parte de um atendimento de qualidade, tendo em conta as exigências do utente, aí é que se iniciam todas as funções do farmacêutico supramencionadas.

É de impreterível importância a criação de empatia, ou seja, o profissional de saúde colocar-se no lugar do utente, durante o processo comunicativo farmacêutico-utente. Esta empatia vem conferir efectividade à comunicação, e sabemos que quando a empatia se torna recíproca atingimos uma comunicação ideal, promovendo um contacto personalizado, bem como uma maior segurança relativamente às decisões dos utentes (Aguiar, 2009; Monteiro, Albuquerque, Lins-Neto & Amorim, 2006).

Pontos fundamentais numa boa comunicação são, segundo avança Aguiar (2009): “Observar para uma escuta activa, estando atento ao desenrolar do estado de saúde dos utentes, colocar o corpo em posição de escuta, com o olhar direccionado exclusivamente para o utente e estar atento às particularidades linguísticas de cada pessoa, são tudo estratégias que os profissionais podem desenvolver para terem uma boa atitude de escuta”.

Para Dias (1993), a demonstração de interesse e disponibilidade para com o utente, bem como perceber o melhor possível o que este pretende são os dois objectivos *major* da escuta. A escuta é de carácter obrigatório durante o processo comunicativo, qualquer que seja o propósito deste, não pode tornar-se num acto de pura simpatia, pouco de concordância. Para maior abrangência da relação terapêutica, o farmacêutico deve ter, mais do que o conhecimento técnico-científico, intrínseco, *skills* comunicacionais, que permitam uma melhor comunicação e, desse modo, aprofundar o processo terapêutico. Para Teixeira (2004), há que procurar a extinção ou diluição das barreiras comunicacionais no ambiente da relação farmacêutico-utente. Os principais entraves à comunicação que surgem na transmissão da informação por parte do farmacêutico são: “a transmissão de informação insuficiente, imprecisa ou ambígua, ou ainda, a transmissão de informação demasiado técnica”, comprometendo a percepção por parte do utente. Monteiro, Albuquerque, Lins-Neto & Amorim (2006) refere que factores linguísticos como: “polissemia, pleonismo, exageros, gírias e também complexidade dos significados” podem ser dificultadores de uma boa comunicação, sendo também a falta de tempo de atendimento outro dos problemas a contornar, sendo

por isso fulcral que a informação transmitida seja: “clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada” (Teixeira, 2004).

A quantidade de informação necessária varia de utente para utente, sendo que há utentes que necessitam de bastante informação relativa ao seu problema e outros só de informação básica. Uns precisam de “informação sensorial (o que vou sentir), há quem necessite de informação de confronto (o que posso fazer) e há quem necessite de informação de procedimento (o que vai acontecer)”. Tal como sugere Teixeira (2004) o comportamento dos utentes influi da adaptação feita na transmissão a cada um deles. O que queremos é que este seja correspondente às expectativas, economizando tempo e melhorando o atendimento.

A literacia de saúde é a “capacidade para ler, compreender e lidar com informação de saúde, capacidade em relação à qual é importante ter em conta pois há desigualdades de oportunidades em relação à comunicação em saúde para indivíduos com estatuto socioeconómico baixo e nível educacional baixo”, podendo constituir outro dos entraves à comunicação. “Dificuldades em compreender um estado de saúde, mudanças comportamentais, planos de tratamento podem estar relacionados com uma literacia geral baixa, baixos níveis de conhecimento sobre saúde, ou uma inibição resultante da vergonha ou do medo do ridículo.” Daí o facto da personalização de cada atendimento ser de importância acrescida. Há que fazer uma adaptação ao nível cognitivo e cultural de quem estamos a atender, como afirma Teixeira (2004), nunca esquecendo que o atendimento se trata de uma comunicação bilateral que, quando feito com eficácia, pode aprofundar o relacionamento farmacêutico-utente, diluindo o nível de conhecimento em saúde que cada um tem.

Outra das barreiras à comunicação pode ser a personalidade, que além das características hereditárias inatas se vê moldada por todo o ambiente envolvente à pessoa. Para Monteiro, Albuquerque, Lins-Neto e Amorim (2006) farmacêutico não pode julgar-se o “dono da razão”, visto que é impossível dominar por completo uma patologia, não havendo “poções mágicas” para solucionar terapêuticas. Se houver um distanciamento afectivo no atendimento pode levar a problemas comunicacionais farmacêutico-utente, O farmacêutico tem que ser um suporte ao nível da segurança emocional do utente, não podendo mostrar indiferença ou negligenciando os seus

problemas. Desse modo, e dado que o sucesso ou não de atendimento influi do comportamento, quer do farmacêutico, quer do utente, os profissionais de saúde “devem ser simpáticos, atenciosos, sorridentes, devem estar sempre disponíveis para satisfazer as necessidades dos utentes, mesmo quando a atitude destes possa ser negativista e desfavorável.” Como diz Teixeira (2004), o farmacêutico deve ter uma postura de incentivo para que o utente tenha uma atitude activa, colocando todas as questões que necessite para atingir as suas necessidades, contrariando a atitude passiva e, até dependente da maioria dos utentes aquando do atendimento. Deve, assim, tentar compreender o lado do utente, adoptando uma postura de escutiva activa.

Outros factores, que para os mais leigos podem parecer estranhos, e que assumem uma preponderância vital enquanto barreira comunicacional é o ambiente farmacêutico, o chamado *setting* de atendimento. “Uma farmácia pequena, mal iluminada, com cores fortes, ruidosa, que não tenha uma boa temperatura ambiente, com balcões corridos em vez de ilhas isoladas, mal limpa, pouco moderna, com os produtos mal expostos, tudo isto vai contribuir negativamente para o momento da comunicação.” Em suma, todos os itens acima mencionados contribuem para o estabelecimento de uma boa relação comunicacional e têm de ser tidos em consideração para evitar obstáculos na relação de cumplicidade pretendida com utentes/núcleos familiares.

Os itens acima mencionados contribuem para o estabelecimento de uma boa relação comunicacional e têm de ser tidos em consideração para evitar obstáculos na relação de cumplicidade pretendida com utentes/núcleos familiares.

O próximo capítulo delimita o problema sobre o qual incidirá o estudo, a importância da temática e os objectivos da pesquisa.

2. FORMULAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E OBJECTO EM ESTUDO

2.1. Formulação da problemática

A prestação de Cuidados de Saúde ao utente foi, até meados do século XX, focalizada nos cuidados estritamente médicos. Os benefícios que as Ciências Médicas trouxeram à humanidade foram inegáveis, porém o carácter científico baseado em evidências reveste a medicina de uma característica de neutralidade e imparcialidade perante as determinações sociais da doença, o que acaba por distanciar o profissional de saúde do indivíduo e da colectividade em que se insere (Meneses & Rocha, 2005).

Actualmente, o tratamento médico é, ainda, direccionado para a doença, o foco é o processo fisiopatológico e não, a pessoa do doente (Freitas, 2005), constituindo-se como uma relação assimétrica onde o médico detém um corpo apessoado de conhecimentos do qual o doente é por norma excluído (Caprara & Rodrigues, 2004).

O paciente subestima as suas queixas não revelando ou omitindo informações importantes e tem dificuldades em interagir com o profissional de saúde. Essa deficiência relacional e de diálogo entre o médico e o paciente como refere Alves e Nunes (2006), pode alterar o diagnóstico da doença e prejudicar o tratamento. Freitas (2005) sublinha essa frustração pode prejudicar o tratamento, pois os pacientes não percebem as melhorias na saúde, nem o interesse dos profissionais com o seu problema, sentindo-se ressentidos com os profissionais que os atendem.

Em Portugal, a partir da década de 1970 desenhou-se uma estratégia de envolvimento dos médicos com o núcleo de utentes a eles adstritos, através da criação de Centros de Saúde, com uma lógica de cuidados contínuos prestados que facilitasse o estabelecimento de vínculos entre o profissional, o utente e seu núcleo familiar, de modo a tornar os cuidados de saúde prestados mais efectivos. Porém, actualmente continua a verificar-se um desequilíbrio entre a oferta diminuta de profissionais e a crescente procura de serviços, um tempo de atendimento escasso, dificultando o conhecimento e o estabelecimento de uma relação de cuidado com o paciente.

Segundo Caprara e Rodrigues (2004), o médico remata que a formação pré-graduada não confere bases para trabalhar as habilidades humanísticas e cognitivas proporcionando somente conhecimentos científicos, gerando uma impotência para compreender os aspectos sociais, somáticos, psíquicos e existenciais da doença na Pessoa do Doente.

É de importância fulcral neste momento a prestação de cuidados de saúde humanizados. É a partir deste hiato ao nível dos Cuidados de Saúde prestados que, nos últimos anos se verifica uma mudança radical na assistência à saúde prestada ao utente focalizada nos cuidados médicos. Emergem, assim, outros tipos de assistência à saúde das comunidades visando a melhoria da saúde e indo ao encontro da expectativa dos próprios utentes (Motta, 2001).

Neste contexto surge o farmacêutico, o profissional de saúde que usufrui de uma posição única e privilegiada, encontra-se no primeiro nível de contacto com o utente, a família e a comunidade, num processo contínuo de prestação de cuidados de saúde.

A farmácia comunitária, onde o farmacêutico exerce a sua actividade está cada vez mais focalizada nas necessidades do doente, não se sobrepondo às funções dos restantes profissionais de saúde, o que contribui para a melhoria da qualidade do acto farmacêutico e da saúde do doente. O primeiro passo para tornar a farmácia uma parte firmemente integrada no Sistema Nacional de Saúde, será a clarificação do âmbito da farmácia comunitária, dos cuidados de saúde e dos serviços que pode prestar, alargando o espectro da acção do farmacêutico para a promoção da saúde e do bem estar, cooperando estreitamente com os restantes profissionais de saúde do SNS, sempre com o objectivo último da pessoa do utente.

Esta nova abordagem, adaptada à também nova realidade da farmácia comunitária, focada na prestação de cuidados de saúde e na prestação de serviços, deve ser tida em conta na preparação de futuros profissionais, para poderem estar aptos a actuar como profissionais de saúde centrados no doente, novo papel a desempenhar no futuro, o de “farmacêutico-de-família”. Este trabalho deixa, resultados de grande interesse e, ao mesmo tempo, uma abertura significativa para a colocação de várias questões a ter em consideração na reforma do Sistema Nacional de Saúde.

2.2. Relevância da temática escolhida

A relevância desta temática centra-se na importância fulcral da prestação de cuidados de saúde humanizados aos utentes/ núcleo familiar. O desequilíbrio entre a oferta diminuta de profissionais de saúde, médicos, e a crescente procura de serviços de saúde dificulta o conhecimento do problema do paciente e o estabelecimento de uma relação de cuidado com o paciente, sendo impreterível a inclusão de outros profissionais

de saúde, especialmente o farmacêutico pelas razões apontadas no parágrafo nº 2.1, na prestação de cuidados às comunidades. Esta integração beneficia não só os utentes, uma vez que obtêm o resultado terapêutico desejado, mas também a sociedade em geral, pela redução da morbilidade e mortalidade (Berenguer et al, 2004).

A análise de algumas intervenções do XI Fórum Educacional APEF realizado em Coimbra em Março de 2013, permite concluir que na conjuntura actual com o acréscimo de custos que o SNS acarreta e a sua saturação, elevado número de utentes sem médico de família, as farmácias surgem cada vez mais com um papel preponderante na primeira linha dos cuidados de saúde e como meio de poupança e redução de gastos para o mesmo., passando os ” *farmacêuticos a não ser o problema, mas sim a solução* ” para a crise do sector da Saúde em Portugal.

O tema desta monografia” *Farmacêutico de família, relação de cumplicidade Farmacêutico-Utentes-Núcleo familiar*”, no panorama da saúde em Portugal não poderia ter maior actualidade, uma vez que a relação interpessoal entre o profissional de saúde e o doente/ núcleo familiar em contextos de prestação de cuidados de saúde é fundamental e, as dimensões psicológicas (tais como, os comportamentos de adesão à terapêutica medicamentosa, os processos de conforto e acompanhamento na doença) não só são geralmente pouco pesquisadas entre nós, como se constituem como uma dimensão fundamental no âmbito da promoção da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados ao doente, à família e à comunidade. Os programas de melhoria de qualidade em saúde, quer relacionados com a qualidade dos cuidados, quer com a qualidade dos serviços começam a ter importância crescente no Serviço Nacional de Saúde.

A prestação de cuidados de saúde humanizados é, uma questão de grande actualidade, colocando com frequência dilemas éticos à consciência profissional dos técnicos de saúde, aspectos que ainda acentuam mais a importância deste estudo a propósito da relação de cumplicidade que tem de se estabelecer no quotidiano entre o Farmacêutico-Utente – Núcleo Familiar.

2.3. Objecto de pesquisa

O presente estudo empírico tem como objecto reflectir sobre o *papel do “Farmacêutico- de-Família”* como agente de saúde nuclear na prestação de cuidados de saúde primários ao utente/ núcleo familiar, ressaltando a relevância crescente da

intervenção farmacêutica e da responsabilidade do farmacêutico no quotidiano da comunidade, em contextos de saúde pública, intrinsecamente ligada à “*relação de cumplicidade*” que se estabelece no dia -a- dia entre Farmacêutico – Utentes – Núcleo Familiar.

Centra-se igualmente na importância fulcral da prestação de cuidados de saúde humanizados aos utentes/ núcleo familiar, a inclusão de outros profissionais de saúde na prestação de cuidados às comunidades que não só beneficiam os utentes, uma vez que obtêm o resultado terapêutico desejado, mas também a sociedade em geral, pela redução da morbilidade e mortalidade e pela diminuição dos custos de saúde e absentismo.

Nesta linha de registo, o presente estudo propõe atingir os seguintes objectivos:

- Inferir sobre o papel do profissional do Farmacêutico Comunitário nos dias de hoje, bem como analisar a opinião de farmacêuticos e utentes acerca do papel de *Farmacêutico-de-Família*, com potencial espectro de acção mais alargado e possível inserção na equipa de Cuidados de Saúde Primários;
- Identificar quais as estratégias/acções que poderiam ser implementadas pelos farmacêuticos para melhoria das relações interpessoais com os utentes e seu núcleo familiar, de modo a estabelecer relações de forte empatia e confiança que permitissem perceber o problema do paciente no seu “todo” e fazer um acompanhamento terapêutico adequado;
- Avaliar se a actual formação pré e pós-graduada é a adequada para garantir o *know-how* necessário à prestação de cuidados clínico-farmacêuticos em contexto de Cuidados de Saúde Primários e, identificar quais são as áreas de formação específica, complementar e permanente (teórica e prática) que deverão ser incluídas nos planos curriculares para assegurar o cumprimento desse objectivo;
- Percepcionar as mais-valias que podem ser geradas com a interacção entre os diversos profissionais de saúde na prestação de cuidados de saúde às populações e avaliar o impacto dessa interacção na sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde;
- Analisar os obstáculos à implementação do novo papel do Farmacêutico que passa a actuar de forma mais efetiva na assistência ao paciente, e a forma como podem ser ultrapassados.

No próximo capítulo iremos descrever de forma sucinta a estratégia metodológica de investigação no âmbito desta monografia.

II

Modelo analítico de pesquisa

3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DE INVESTIGAÇÃO

Relativamente ao “Farmacêutico de Família – cumplicidade na relação Farmacêutico-Utente-Núcleo Familiar”, procurou-se apurar a opinião tanto de Farmacêuticos como de Utentes. A estratégia metodológica de investigação foi numa primeira fase, a realização de entrevistas exploratórias a farmacêuticos de modo a, através da sua análise, seleccionar questões pertinentes em torno dos conceitos-chave que suportaram o presente objecto de estudo, orientaram, numa segunda fase, a elaboração do guião final das entrevistas semiestruturadas realizadas a farmacêuticos e utentes. A análise de conteúdo das respostas tanto nas entrevistas exploratórias como nas entrevistas finais foi feito com recurso à utilização do programa Atlas. Ti7 permitindo assim compilar e identificar uma grelha de codificadores transversais para posterior análise estatística com recurso ao Microsoft Excel.

3.1. Estratégia metodológica de investigação das entrevistas exploratórias

A opção pela elaboração de entrevistas exploratórias, como primeiro passo da estratégia metodológica de investigação teve como suporte teórico autores com trabalhos pertinentes nesta área de trabalho, nomeadamente Ghiglione e Matalon (2005), Quivy e Van Campenhoudt (2008), Krippendorff (2013) e Bardin (2009) *cf* obras na bibliografia.

Assim, de acordo com Krippendorff (2013) por norma pensa-se em *conteúdo* como observações ou leituras representativas. Porém este acaba sempre sendo resultado de procedimentos pré-concebidos e por ser, de certa forma, guiado para determinados fins.

Bardin (2009) afirma que perante uma proposta de estudo qualitativo e.g. entrevistas exploratórias e de documentos, os investigadores recorrem à técnica de análise de conteúdo, técnica essa utilizada para a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Em suma, são todos os procedimentos utilizados para especificar referências, atitudes ou temas contidos numa mensagem ou num documento, determinando a sua frequência relativa.

Assim, conclui Bardin (2009) que análise de conteúdo é um instrumento analítico despretensioso, sem fundamentação teórica. Permite fazer inferências por identificação sistemática e objectiva das características específicas de uma mensagem.

De acordo com Quivy & Van Campenhoudt (2008), a investigação deve ter por base “...leituras e entrevistas exploratórias...”. As primeiras ajudam a perceber o que foi feito em termos de estudo na área que pretendemos abordar, sendo que as segundas contribuem para validar o nosso primeiro ponto de vista e até alargá-lo. “Trata-se, de certa forma, de uma primeira “volta à pista”, antes de pôr em jogo meios mais importantes...”

Mas porque é tão importante uma fundamentação correcta desta análise exploratória?

Como enfatiza Quivy & Van Campenhoudt (2008) a utilização de métodos formais e estruturados, não permite a maleabilidade de aplicação necessária a este primeiro momento de investigação. “A razão é muito simples: as entrevistas exploratórias servem para encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho, e não para verificar hipóteses preestabelecidas.”.

Relativamente à escolha dos interlocutores que seleccionámos para estas entrevistas iniciais partimos também do pressuposto metodológico de Quivy & Van Campenhoudt (2008) e do seu conceito de “*testemunhas privilegiadas*”, como sendo agentes que por diversos factores, nomeadamente, a sua posição, acção ou responsabilidades, detêm um grande conhecimento do objecto de estudo.

Quanto ao conteúdo das entrevistas seguiram-se os princípios de Quivy & Van Campenhoudt (2008),

1. Reduzido número de perguntas (para evitar a redundância e a síntese excessiva do conteúdo da resposta).
2. Formulação aberta das questões, evitando o autoritarismo e conferindo tempo ao entrevistado para responder.
3. Imparcialidade por parte do entrevistador, por forma a evitar viés de comunicação.
4. Ambiente e contexto adequados à realização da entrevista.
5. Contextualização da entrevista: gravação, autorização da gravação, procedimentos base após análise da entrevista.

Utilizando as bases teóricas de Ghiglione & Matalon (2005), tentámos através das entrevistas exploratórias obter resposta às três questões pertinentes: Com quem é útil ter uma entrevista? Em que consistem as entrevistas e como realizá-las? Como explorá-las para que permitam uma verdadeira ruptura com os preconceitos, as pré-noções e as ilusões de transparência?

De seguida foi determinado o público-alvo das entrevistas exploratórias. As entidades foram seleccionadas pelo conhecimento que têm do sector farmacêutico (Ghiglione & Matalon, 2005). Neste contexto escolheram-se cinco entidades, com diferentes perspectivas desta área de saber.

A primeira entidade, farmacêutica comunitária, foi escolhida devido à larga experiência, de mais de trinta anos no sector da farmácia comunitária em Portugal. O critério de escolha que presidiu à seleção da segunda entidade, relaciona-se com a posição institucional que ocupa, seguindo-se a terceira entidade com o mesmo critério. A quarta entidade seleccionada é um reconhecido investigador na área de estudos farmacêuticos, e a quinta entidade, é uma personalidade incontornável dentro da temática abordada nesta monografia.

O princípio que orientou a elaboração do guião exploratório foi a verificação da pertinência de cada uma das questões escolhidas, para integração no guião final. Este guião teve como estrutura sete questões, criadas em torno de conceitos-chave para a temática apresentada.

“Papel do **farmacêutico comunitário** nos dias de hoje?”

Partindo do pressuposto de que as cinco entidades escolhidas compreendiam toda a complexidade histórica e conceptual do farmacêutico comunitário, pretendíamos saber qual a opinião destes actores sociais na realidade social portuguesa relativamente às funções que o farmacêutico comunitário desempenha actualmente.

“Significado do conceito “**Farmacêutico-de-Família**”, e as implicações práticas que advêm desse conceito no funcionamento da **Farmácia Comunitária**?”

Com esta segunda questão pretendíamos saber qual o conhecimento que estes actores tinham deste conceito inovador em Portugal, mas já existente, de maneira efectiva noutros países, bem como todas as alterações inerentes à sua implementação ao nível do funcionamento da farmácia comunitária nacional.

“Estratégias adoptadas para o incremento da cumplicidade da relação **farmacêutico-Utente-núcleo familiar?**”

Com esta questão pretendíamos identificar quais as estratégias que poderiam ser adoptadas e identificadas pelos cinco actores sociais, com vista a uma melhoria na cumplicidade da relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar.

“Que condições a nível da **formação e qualificação** julga serem necessárias para que os mais de 8000 farmacêuticos comunitários em Portugal possam prestar funções ao nível dos cuidados de saúde primários?”

Nesta quarta questão indagava-se ao nível da necessidade, ou não, de alterações curriculares e de formação pré e pós-graduada específica, para introdução do profissional farmacêutico nos cuidados de saúde primários.

“Considerando que nas Unidades de Saúde Familiares e Centros de Saúde, prestadoras desses cuidados, é nítida a redução de efectivos médicos de família com uma lista elevadíssima de pacientes, qual é na sua opinião o **papel** que o farmacêutico poderia ter ao nível dos **cuidados de saúde primários?**”

A quinta questão centra-se sobre o papel que o farmacêutico poderia assumir ao nível dos cuidados de saúde primários, no contexto socioeconómico da sociedade portuguesa actual.

“Que **obstáculos** pensa que podem vir a surgir ao nível da implementação deste novo paradigma e, como contorná-los?”

Sabendo que a relação com o “novo” é, não raras vezes, um entrave à evolução, questionava-se sobre quais poderiam ser os obstáculos na aplicação deste conceito e a forma de ultrapassar essas barreiras, de modo a conseguir a implementação deste novo paradigma a nível da Saúde em Portugal.

“Na sua opinião, a função do farmacêutico (Farmácia) devia ser o **seguimento farmacoterapêutico** de pacientes?”

De acordo com Chen e Britten (2000), o farmacêutico é muitas vezes visto como um mero agente de dispensa medicamentosa, subaproveitando a sua capacidade integral. Assim, com esta última pergunta, pretendia-se questionar sobre a maior abrangência de actuação do farmacêutico, no campo do seguimento farmacoterapêutico, inserido no conceito *Atenção Farmacêutica*.

A realização das entrevistas decorreu em Fevereiro de 2014. Para análise das entrevistas utilizaram-se dois programas: ATLAS. Ti 7 e Microsoft Excel. Para Bardin (2009) codificar, sempre de acordo com regras concretas, consiste no tratamento do material, correspondendo a uma transformação dos dados textuais em bruto por forma a garantir uma representação do conteúdo.

Como refere Holsti (1969), a codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são formados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.

No que concerne à primeira questão sobre o papel do farmacêutico comunitário, incluíram-se os seguintes marcadores: *Cuidados, Dispensa, Promoção de Saúde, Rastreio, SNS*.

Na segunda questão, onde se pretendia definir o conceito de “Farmacêutico-de-Família”, e as implicações práticas deste conceito no funcionamento da Farmácia Comunitária, utilizaram-se como marcadores: *Acompanhamento, Cuidados, Doença, Educação, Farmácia, Farmacêutico-de-família, Necessidades, Tratamento*.

Na terceira questão, onde se pretendia identificar as estratégias adoptadas para o incremento da cumplicidade da relação farmacêutico-Utente-núcleo familiar, utilizaram-se como marcadores: *Acompanhamento, Comunicação, Contacto, Cuidados, Cumplicidade, Dispensa, Educação*.

Na quarta questão, onde se pretendia identificar quais as condições, que ao nível da promoção e qualificação seriam necessárias para que os farmacêuticos pudessem prestar funções ao nível dos Cuidados de Saúde Primários utilizaram-se como marcadores: *Aconselhamento, Contacto, Cuidados, Dispensa, Farmacêutico, Necessidades*.

Quanto à quinta questão onde se pretendia saber qual a opinião dos entrevistados relativamente ao papel que o farmacêutico poderia ter ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, introduziram-se como marcadores: *Avaliação, Centro de Saúde, Família, Farmacêutico, Farmácia, Ligação*.

Na sexta questão onde se pretendia saber os obstáculos que os entrevistados pensavam poder vir a surgir ao nível da implementação deste novo paradigma, definiram-se como marcadores: *Centro da Saúde, Cuidados, Família, Farmacêutico, Farmácia, Médicos, Obstáculo, Resistência, SNS*.

Na última questão onde se pretendia saber qual a opinião dos entrevistados, quanto à pertinência do seguimento farmacoterapêutico dos doentes, por parte dos farmacêuticos. Definiram-se como marcadores: *Acompanhamento, Centro de Saúde, Cuidados, Educação, Farmacêutico, Farmácia, Necessidades, Promoção de Saúde.*

Depois de definidos transversalmente os marcadores nas várias entrevistas, utilizou-se o Microsoft Excel para, como refere Bardin (2009) efectuar o tratamento dos resultados em bruto, tornando-os validamente significativos através de operações estatísticas simples, criar gráficos de barras que agregam e dão relevância às informações obtidas com a análise. Após a análise qualitativa dos *marcadores* tentámos encontrar relações e ligações tal como adianta Krippendorff (2013), bem como propor inferências e adiantar interpretações de acordo com os propósitos previstos como sugere Bardin (2009). O objectivo deste trabalho foi testar hipóteses tendo em conta as várias ligações, como aconselha Krippendorff (2013).

Para melhor compreensão da estratégia metodológica de investigação adoptada ilustra-se em baixo o esquema processual do método analítico da pesquisa e dos instrumentos elaborados.

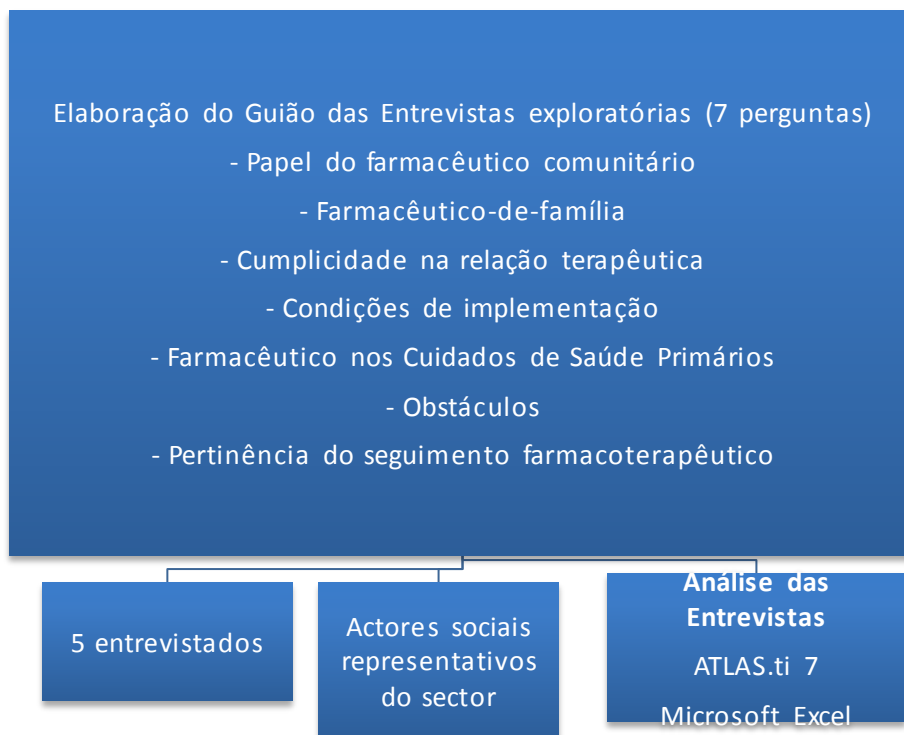


Figura 1: Metodologia adoptada na realização e análise das entrevistas exploratórias

3.2. Estratégia metodológica de investigação das entrevistas finais

A estratégia metodológica de investigação escolhida para a realização das entrevistas finais foi a elaboração de um questionário (guião de entrevista) composto por seis questões chave consistentes com as colocadas aos entrevistados nas entrevistas exploratórias (parágrafo 3.1), redigidas de modo específico para os Farmacêuticos e para os Utentes.

O primeiro passo da investigação foi a elaboração de um guião, composto por 6 perguntas, relacionadas com os vários parâmetros que se pretenderam analisar, tendo sempre como base a figura do *“Farmacêutico-de-Família” e a cumplicidade na relação “Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar”*. O conteúdo das questões elaboradas era similar e complementar, contudo o léxico foi adequado à pessoa inquirida, atendendo às qualificações académicas, bem como ao grau de literacia e diferenciação cognitiva entre farmacêuticos e utentes.

A primeira questão abordava as funções do farmacêutico comunitário na actualidade. Tanto para farmacêuticos como para utentes o conteúdo da questão foi idêntico *“Qual o papel do Farmacêutico comunitário nos dias de hoje?”*, visto não haver necessidade de conhecimentos ao nível de linguagem técnica para a sua interpretação.

A segunda questão contemplava o entendimento que os farmacêuticos e os utentes teriam relativamente à figura do farmacêutico-de-família e as alterações que surgiriam devido à integração deste no quotidiano da farmácia, sendo que a elaboração da questão teve em conta o inquirido, mantendo o conteúdo formal, para farmacêuticos a questão colocada foi *“Significado do conceito de “Farmacêutico-de-Família?”*, e as *implicações no quotidiano profissional que daí advêm na prática clínica da Farmácia Comunitária?*, para os utentes a questão foi *“Significado do conceito de “Farmacêutico-de-Família” para si, e as condições de implementação desta figura profissional na Farmácia que frequenta?*

A terceira questão visava especificamente a cumplicidade estabelecida na relação farmacêutico-utente-núcleo familiar, sendo formulada de diferente forma, consoante o papel na terapêutica do utente. Assim, aos farmacêuticos perguntou-se *“Quais as medidas adoptadas por si para o incremento da cumplicidade da relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar?”* e aos utentes *“Considera importante para si a relação que o Farmacêutico estabelece com o seu Núcleo familiar?”*

A quarta questão visava identificar que aspectos a nível da formação, quer pré, quer pós-graduada seriam importantes para otimizar a relação de cumplicidade referida na pergunta anterior (Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar). A farmacêuticos questionou-se *“Que condições a nível da formação pré e pós-graduada e qualificação futura dos farmacêuticos julga serem necessárias para que os farmacêuticos comunitários possam otimizar a relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar?”* e aos utentes *“Que formação (pré e pós-graduada) dos Farmacêuticos julga necessária para melhorar a relação do Farmacêutico com o seu Núcleo familiar?”*

Na penúltima questão pretendia-se saber a opinião dos Farmacêuticos relativamente à integração do Farmacêutico na equipa de Cuidados de Saúde Primários, uma vez que este é o principal especialista do medicamento. *“Sendo o farmacêutico o profissional do medicamento, qual é na sua opinião o papel que o Farmacêutico poderia ter ao nível dos Cuidados de Saúde Primários?”* Foi a questão colocada aos farmacêuticos e *“Como encara a inclusão do farmacêutico na equipa de Cuidados de Saúde Primários (USF e CS)?* “aos Utentes.

Para finalizar, quisemos indagar os farmacêuticos e os utentes quanto aos entraves que poderiam vir a surgir em relação à integração desta classe profissional no panorama dos cuidados de saúde primários a nível nacional. Aos Farmacêuticos foi questionado *“Que obstáculos pensa que podem vir a surgir ao nível da implementação deste novo conceito e figura profissional, e como podem ser contornados?”* e aos utentes foi colocada a seguinte questão *“obstáculos que podem vir a surgir ao nível da criação da figura de farmacêutico de família, e como podem ser ultrapassados?”*

O segundo passo da investigação consistiu na realização de 50 entrevistas semi-estruturadas, tendo sido efectuadas 25 a farmacêuticos e 25 a utentes. O objectivo foi estudar as diferenças nas respostas dos profissionais de saúde e dos utentes, de modo a concluir se a diferença de literacia poderia influenciar as respostas dadas.

A realização das entrevistas decorreu no período compreendido entre Março e Julho de 2014. A sua realização decorreu no distrito de Lisboa, tentando abranger uma amostra significativa da população, sem no entanto ter parâmetro etário definido. Nas entrevistas realizadas a farmacêuticos incluiu-se desde jovens mestres, a farmacêuticos mais velhos e experientes, cuja experiência de acompanhamento familiar em ambiente de Farmácia Comunitária permite ter outra visão (24-80 anos). No que concerne aos

utentes, tendo em conta o envelhecimento da população a nível nacional, foi dada preferência aos idosos, na medida em que têm um maior contacto com o farmacêutico, por serem os utentes habituais da farmácia.

O terceiro passo da investigação incidiu sobre a análise de conteúdo das respostas às 50 entrevistas efectuadas, com recurso ao programa ATLAS. Ti 7 e Microsoft Excel. Foram definidos os marcadores tanto para as respostas obtidas na amostra constituída por Farmacêuticos como para a amostra constituída por Utentes, sendo à posteriori feita a seleção dos marcadores comuns identificados nessas respostas.

A primeira questão, relativa ao papel do Farmacêutico Comunitário actualmente, as *keywords* foram: *Promoção da saúde, Aconselhamento, Dispensa, Educação.*

A segunda questão relativa à figura do Farmacêutico- de- Família, as *keywords* foram: *Maior proximidade, Confiança, Acompanhamento, Cooperação.*

A terceira questão que focava a relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar, as *keywords* utilizadas foram: *Disponibilidade, Confiança, Interesse, Empatia.*

A quarta questão que abordava a formação dos Farmacêuticos, necessária para que a cumplicidade na relação farmacêutico-Utente-núcleo familiar aumentasse?”, tanto o profissional Farmacêutico como os Utentes/Doentes consideraram como aspectos fulcrais a *introdução no plano de estudos da formação pré-graduada de conteúdos programáticos conotados com a problemática das relações interpessoais*, visando a aprendizagem de estratégias comunicacionais , *formação contínua e pós-graduada que permita constante actualização profissional e prática profissional* para treino de skills diversos.

Na quinta questão, relativa à integração do profissional farmacêutico na equipa de Cuidados de Saúde Primários, as *keywords* foram: *Maior proximidade, Acompanhamento, Equipa multidisciplinar, Redução de custos, Utilização racional de medicamentos e Prevenção.*

Na última questão que visava os obstáculos à implementação deste novo paradigma, as *keywords* foram: *Mentalidade, Falta de Dinheiro, Médico-de-família, Interpretação errada dos outros Profissionais, Postura, “Guerras” com outras classes profissionais.*

Uma vez atribuídos os marcadores para a análise de conteúdo das entrevistas utilizou-se o Microsoft Excel visando a construção de tabelas que posteriormente permitiriam a elaboração de gráficos com as percentagens de respostas obtidas. Para melhor compreensão da estratégia metodológica de investigação adoptada ilustra-se em baixo o esquema do processual seguido.

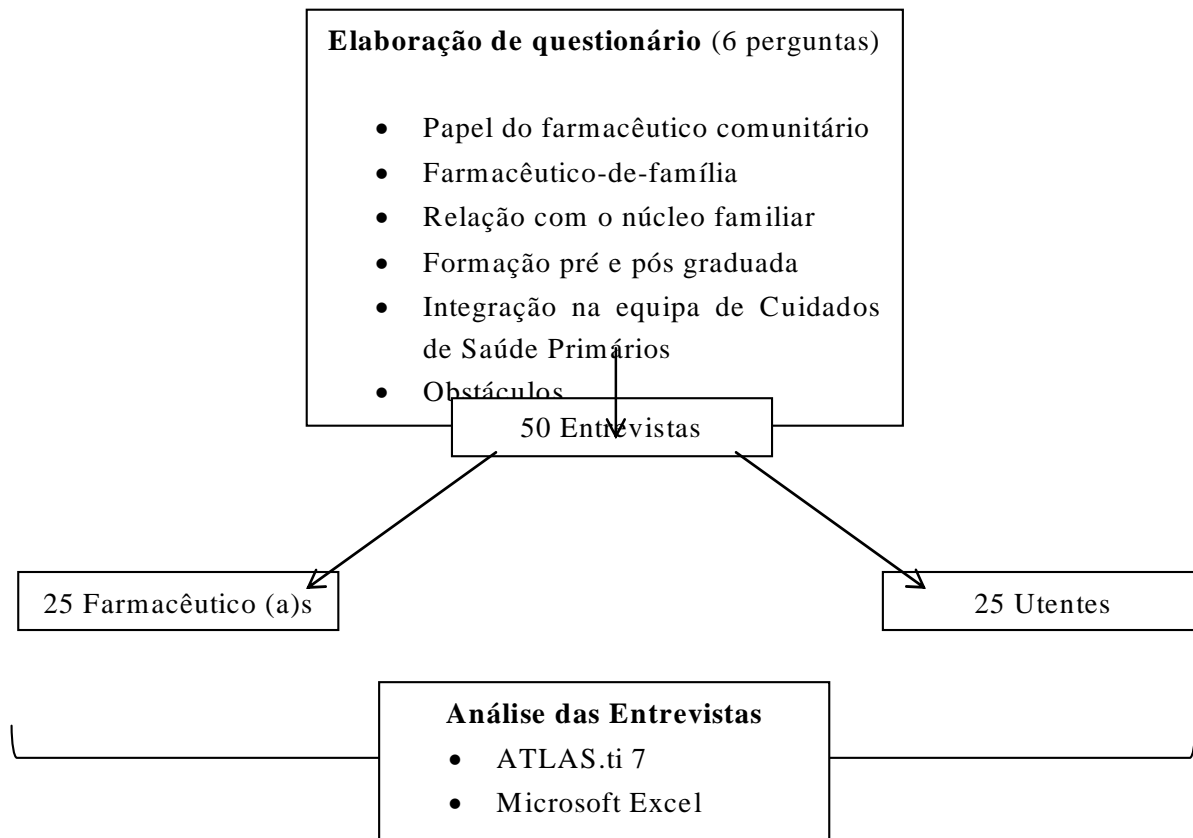


Figura 2: Metodologia adoptada na realização e análise das entrevistas finais

Segundo (Dias,2005) uma vez explicitada a sistematização da metodologia e os princípios metodológicos que estiveram na base das entrevistas, pode-se então dizer que estão reunidas as condições analíticas que vão permitir passar à apresentação dos resultados de uma amostra representativa da população em geral.

No próximo capítulo iremos descrever de forma sucinta a apresentação e discussão dos resultados da análise do conteúdo das entrevistas exploratórias e das entrevistas finais realizadas no âmbito da investigação.

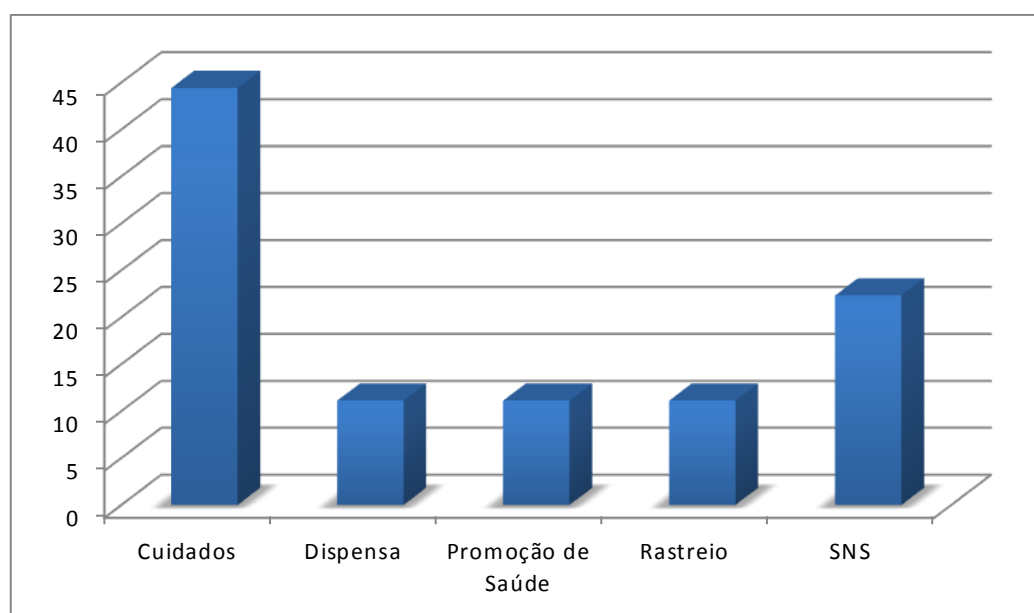
4. ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS E FINAIS

4.1. Apresentação e discussão dos resultados da análise do conteúdo das entrevistas exploratórias

Pergunta 1: “Papel do Farmacêutico Comunitário nos dias de hoje?”

Relativamente à primeira questão a categoria mais mencionada foi “*Cuidados*” tendo sido referida em todas as entrevistas. A leitura dos dados identifica esta preponderância à luz do facto de todos os entrevistados serem especialistas na área, vendo o futuro do sector da farmácia comunitária associado aos Cuidados Farmacêuticos. A segunda categoria mais referenciada foi “*SNS*” sempre relacionado, segundo a nossa leitura, com o afastamento e ausência da classe farmacêutica do SNS, tendo os entrevistados relacionado este facto com o ganho de autonomia, ao longo dos tempos, da classe farmacêutica, muito graças ao aumento de poder, quase monopolizado, da Associação Nacional de Farmácias. A maioria dos entrevistados concordou na alteração deste paradigma para uma nova realidade, a prestação de cuidados de saúde, reaproximando a classe farmacêutica do Sistema Nacional de Saúde.

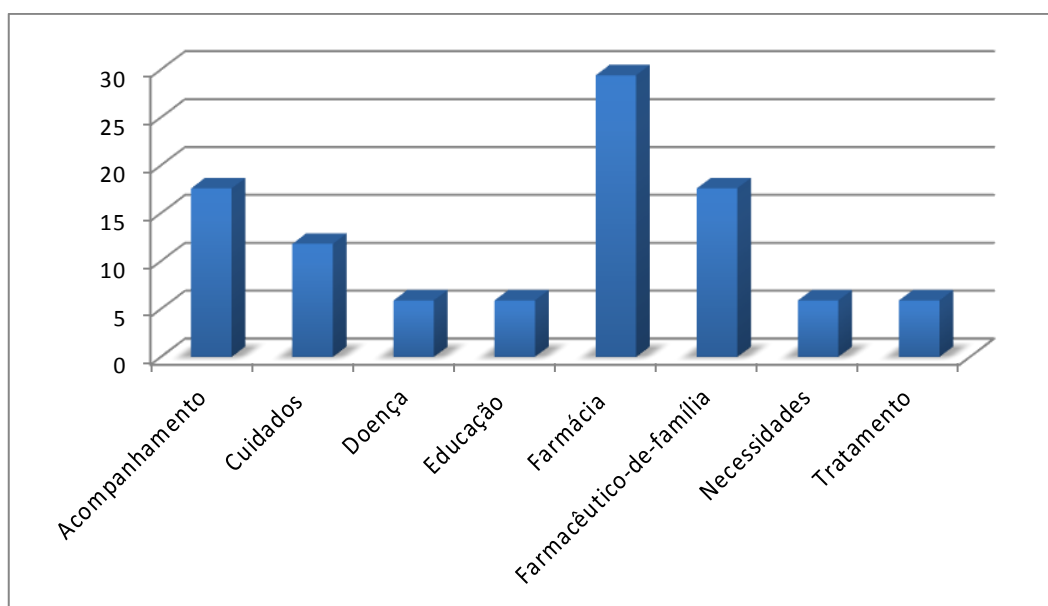
Categorias: *Cuidados* (44,4%), *Dispensa* (11,1%), *Promoção de saúde* (11,1%), *Rastreio* (11,1%), *SNS* (22,3%).



Pergunta 2: “Significado do conceito “Farmacêutico-de-Família”, e as implicações práticas que advêm desse conceito no funcionamento da Farmácia Comunitária?”

Na segunda questão as categorias “*Farmacêutico*” e “*Farmacêutico-de-família*” foram as mais referidas, justificando-se esta ocorrência com o contexto da questão. Destaque para as categorias “*Acompanhamento*” e “*Cuidados*” que parecem estar intrinsecamente ligados. O primeiro identifica-se com o papel principal do Farmacêutico-de-família, sendo os “*Cuidados*” uma via para cumprir esse papel.

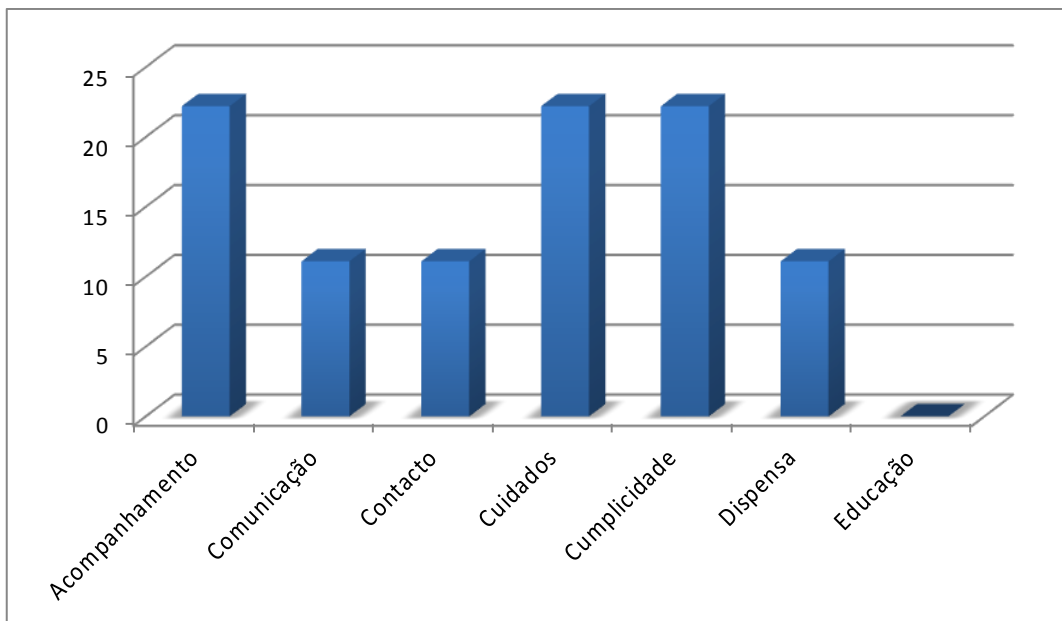
Categorias: *Acompanhamento* (17,6%), *Cuidados* (11,8%), *Doença* (5,9%), *Educação* (5,9%), *Farmácia* (29,4%), *Farmacêutico-de-família* (17,6%), *Necessidades* (5,9%), *Tratamento* (5,9%).



Pergunta 3: “Estratégias adotadas para o incremento da cumplicidade da relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar?”

Quanto à terceira questão, ganhou preponderância a categoria “*Cumplicidade*”, no contexto da pergunta sendo que os “*Cuidados*” prestados ao Utente parecem ser um meio através do qual se chega a um aumento do “*Acompanhamento*” dado ao Utente e conseqüentemente, da cumplicidade Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar.

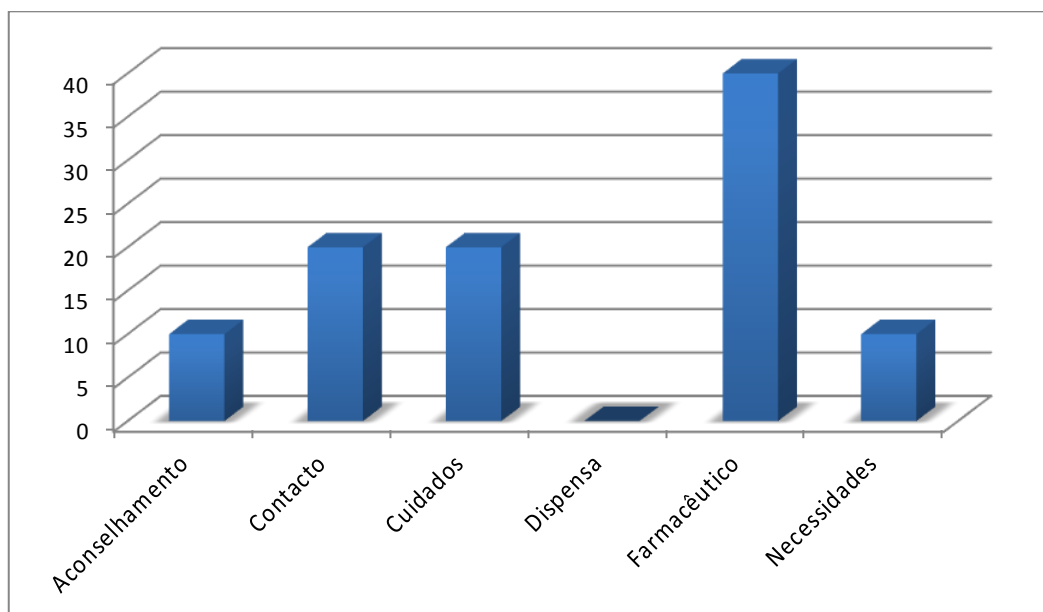
Marcadores: *Acompanhamento* (22,2%), *Comunicação* (11,1%), *Contacto* (11,1%), *Cuidados* (22,2%) 2, *Cumplicidade* (22,2%), *Dispensa* (11,1%), *Educação* (0%).



Pergunta 4: “Que condições ao nível da formação e qualificação julga serem necessárias para que os mais de 8000 Farmacêuticos possam prestar funções ao nível dos Cuidados de Saúde Primários?”

Na quarta questão, a categoria “Farmacêutico” assume preponderância devido ao âmbito da questão. Os outros marcadores que se destacam são “*Contacto*” e “*Cuidados*”. À luz dos entrevistados, uma maior formação ao nível da formação pós graduada para actualização constante dos conhecimentos técnicos de modo a prestar melhores cuidados de saúde e introdução de cadeiras na área da comunicação e de desenvolvimento de relação interpessoal é essencial.

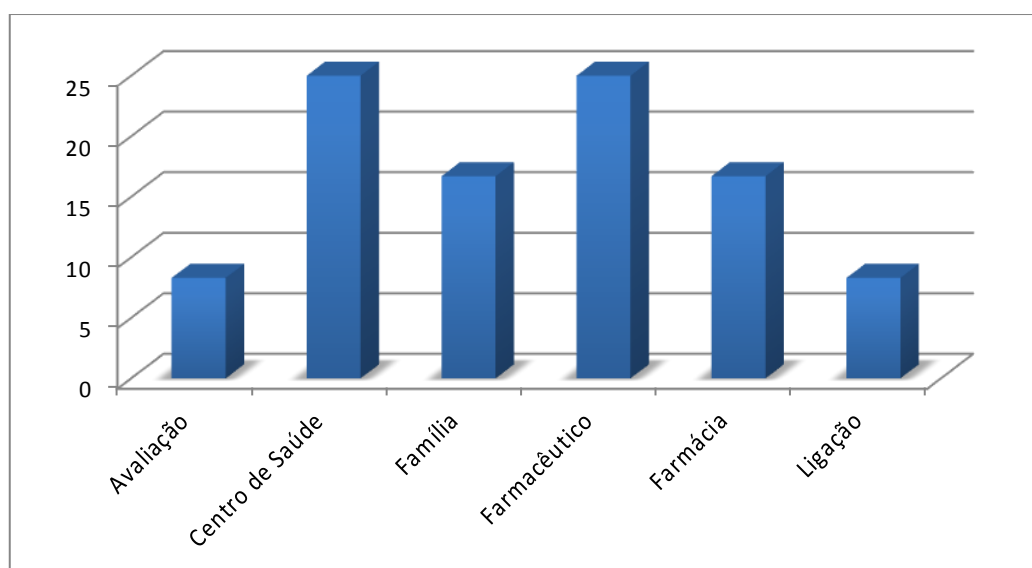
Marcadores: *Aconselhamento* (10,0%), *Contacto* (20,0%), *Cuidados* (20,0%), *Dispensa* (0%), *Farmacêutico* (40,0%), *Necessidades* (10,0%).



Pergunta 5: “Considerando que nas Unidades de Saúde Familiar e Centros de Saúde, prestadores desses Cuidados é nítida a redução de efectivos médicos-de-família com uma lista elevadíssima de pacientes, qual é na sua opinião o papel que o farmacêutico poderia ter ao nível dos Cuidados de Saúde Primários?”

Relativamente à quinta questão, o marcador “*Farmacêutico*” aparece no âmbito da pergunta, sendo o seu papel o de elo de “*Ligação*”: “*Centro de Saúde*”-“*Farmácia*”-“*Família*”, segundo os entrevistados.

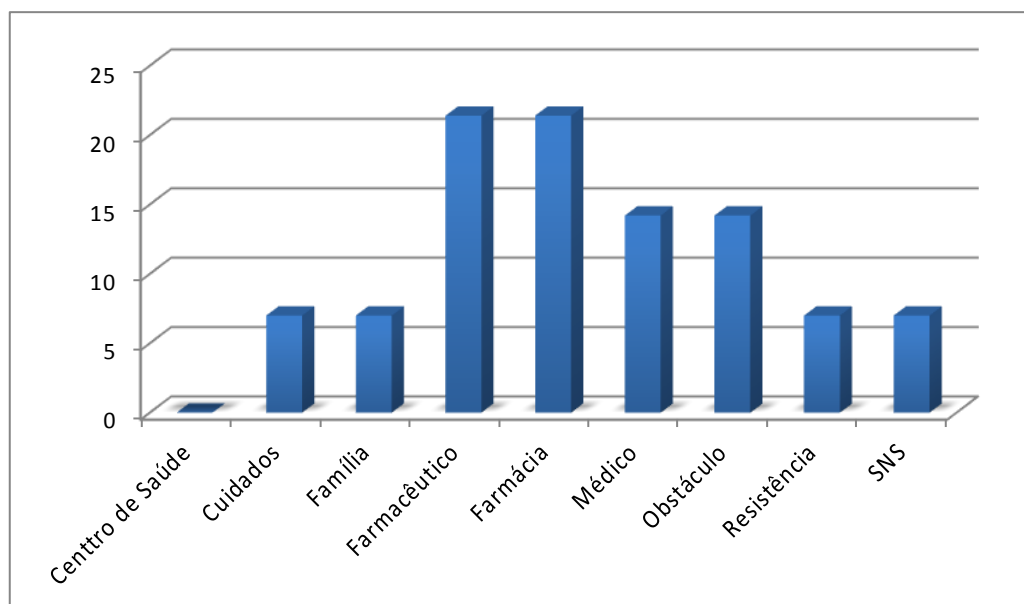
Marcadores: *Avaliação* (8,3%), *Centro de Saúde* (25,0%), *Família* (16,7%), *Farmacêutico* (25,0%), *Farmácia* (16,7%), *Ligação* (8,3%).



Pergunta 6: “Que obstáculos pensa que podem vir a surgir ao nível da implementação deste novo paradigma?”

Na penúltima pergunta, “*Farmacêutico*” é o marcador mais mencionado, não como um *Obstáculo*”, mas sim como um agente que pretende superar esse dito “*Obstáculo*”. “*Farmácia*” surge igualmente com a valoração mais elevada, relacionando-se “*Farmácia*” com as alterações, quer ao nível da logística (*setting*), quer ao nível do *modus operandi* da farmácia comunitária tradicional necessárias a uma alteração do paradigma actual. O marcador “*Médicos*” surge, de forma constante, como um sinal de “*Obstáculo*”, sendo que para superar isto, afirmam os entrevistados, ser necessária uma drástica mudança de mentalidade que se observa no nosso país. Dos restantes marcadores destacamos “*Resistência*”, apesar da escassa relevância estatística, pela natural dificuldade de adaptação ao “*novo*”.

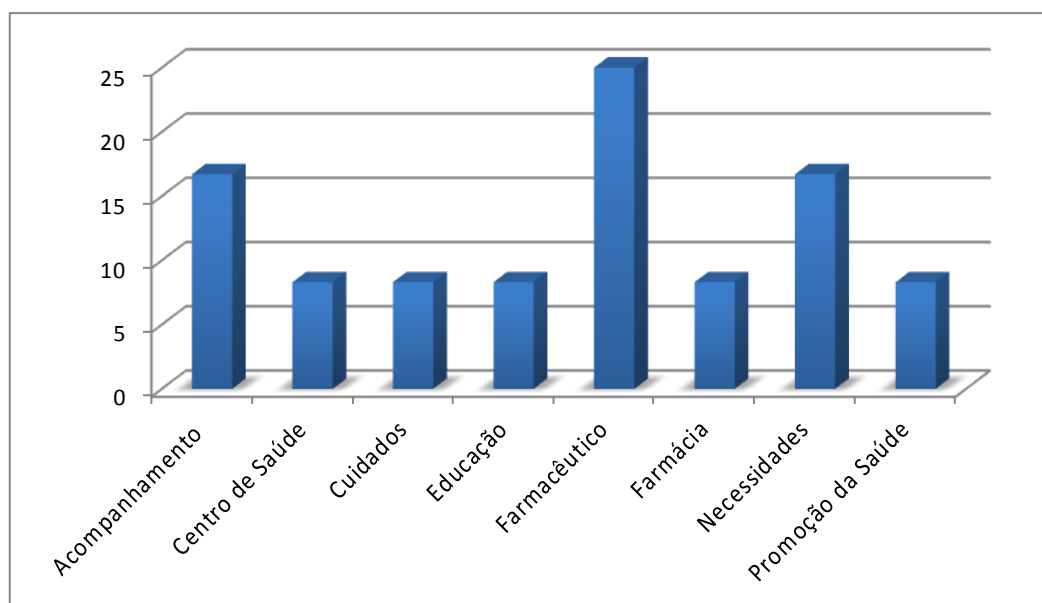
Marcadores: *Centro da Saúde* (0%), *Cuidados* (7,0%) 1, *Família* (7,0%) 1, *Farmacêutico* (21,6%) 3, *Farmácia* (21,6%) 3, *Médicos* (14,4%) 2, *Obstáculo* (14,4%) 2, *Resistência* (7,0%) 1, *SNS* (7,0%) 1.



Pergunta 7: “Na sua opinião, a função do Farmacêutico (Farmácia) devia ser o seguimento farmacoterapêutico dos Doentes?”

Na última questão, aparece como marcador principal “*Farmacêutico*” que de acordo com os entrevistados funciona como aglutinador de todos os outros marcadores, ou seja, faz a “*Promoção da Saúde*” através do “*Acompanhamento*” farmacoterapêutico, através da “*Educação*” para a saúde e prestando “*Cuidados*” em duas vias: “*Centro de Saúde*” e “*Farmácia*”. Tudo isto tendo como objectivo último a satisfação das “*Necessidades*” dos utentes, contribuindo para uma melhoria do Sistema Nacional da Saúde.

Marcadores: *Acompanhamento* (15,4%), *Centro de Saúde* (0%), *Cuidados* (15,4%), *Educação* (7,7%), *Farmacêutico* (23,0%), *Farmácia* (15,4%), *Necessidades* (15,4%), *Promoção da Saúde* (7,7%).



Para elaboração da conclusão, testámos a validade e pertinência das questões e dos marcadores integrados nas questões, seguindo a metodologia apresentada por Ghiglione e Matalon (2005) em “O Inquérito” e Quivy e Van Campenhoudt (2008) em “Manual de Investigação em Sociais”.

Relativamente à primeira questão achamos pertinente a sua integração no guião final, mantendo todos os marcadores apresentados. Trata-se de uma pergunta de *enquadramento geral do objecto de estudo*.

Na segunda questão, serão mantidos os marcadores estipulados inicialmente. Trata-se de uma pergunta mais específica relacionada com a definição e domínio do conceito “*Farmacêutico-de-Família*”, conceito inovador e central ao nosso estudo.

A terceira questão é extremamente importante no contexto temático do presente estudo empírico. Vamos retirar as categorias “*Contacto*”, “*Cumplicidade*” e “*Dispensa*” pela pouca importância para a concretização dos objectivos da pergunta.

Na quarta questão sentimos necessidade de enfatizar o conceito “*Cumplicidade*” tendo-se procedido à reestruturação da pergunta. Relativamente aos marcadores retiramos os marcadores “*Contacto*”, “*Dispensa*”, “*Farmacêutico*”, “*Necessidades*” e reformulamos os seguintes marcadores: “*Integração em equipa multidisciplinar*”, “*Formação em Aconselhamento*”, “*Formação em Cuidados*” “*Relação interpessoal: Médico*”, “*Relação interpessoal: Utente-Família*”.

A quinta pergunta foi reformulada e retiramos os marcadores “*Centro de Saúde*”, “*Farmacêutico*”, “*Farmácia*” por considerarmos que não eram determinantes para a concretização do nosso objectivo. Mantivemos os marcadores “*Avaliação*” e “*Ligação*” e acrescentamos “*Atenção Farmacêutica*” e “*Monitorização*”.

Na sexta questão, onde tentamos saber quais os obstáculos que podem surgir na implementação deste novo paradigma, pergunta que consideramos fundamental no nosso trabalho, foram retirados os marcadores “*Centro de Saúde*”, “*Cuidados*”, “*Obstáculos*” e “*Resistência*”. Mantivemos os marcadores “*Família*”, “*Farmacêutico*”, “*Farmácia*”, “*Médico*”, “*SNS*”, tendo não acrescentado o marcador “*Mentalidade*”.

A sétima questão vai ser retirada por termos concluído que a sua resposta reuniria subjectivamente todo o conteúdo das respostas anteriormente obtidas.

Seguindo os princípios de Quivy e Van Campenhoudt (2008), e Ghiglione e Matalon (2005) fizemos as *leituras* necessárias, elaborámos o guião exploratório, aplicámo-lo a uma amostra de *testemunhas privilegiadas*, retiramos as *keywords* e procedemos à sua análise de modo a elaborar o guião de entrevista final.

4.2. Apresentação e discussão dos resultados da análise do conteúdo das entrevistas finais a:

4.2.1. Farmacêuticos

A primeira pergunta feita aos farmacêuticos foi “*Qual o papel do Farmacêutico Comunitário nos dias de hoje?*”, tendo como propósito indagar sobre a perspectiva dos farmacêuticos quanto às funções do farmacêutico comunitário actualmente.

Era expectável obter respostas mais completas e objectivas do que as dadas pelos Utentes, uma vez que os Farmacêuticos inquiridos estão, quotidianamente inseridos no *setting* clínico da farmácia comunitária. Os aspectos mais valorizados foram a *dispensa de medicamentos* (39,2%) e o *aconselhamento farmacêutico* (29,4%), aparecendo de forma menos preponderante a *promoção para a saúde* (14,0%), e a *educação para a saúde* (17,4%).

Segundo os Farmacêuticos, nos dias que correm o seu papel primordial tem sido a dispensa medicamentosa. Esta visão poderia ser explicada à luz da opinião dos utentes, mas foi contrariada seguidamente com a análise da resposta dos utentes, que relegam para segundo plano a dispensa de medicamentos. Assim, pensamos que o motivo dos farmacêuticos terem dado primazia à *dispensa de medicamentos* se deve ao facto de verem as suas funções mais abrangentes enquanto promotores e educadores da saúde preteridas, sentindo no seu desempenho apenas uma acção mais restrita de dispensa, concomitantemente com o respectivo *aconselhamento farmacêutico*.

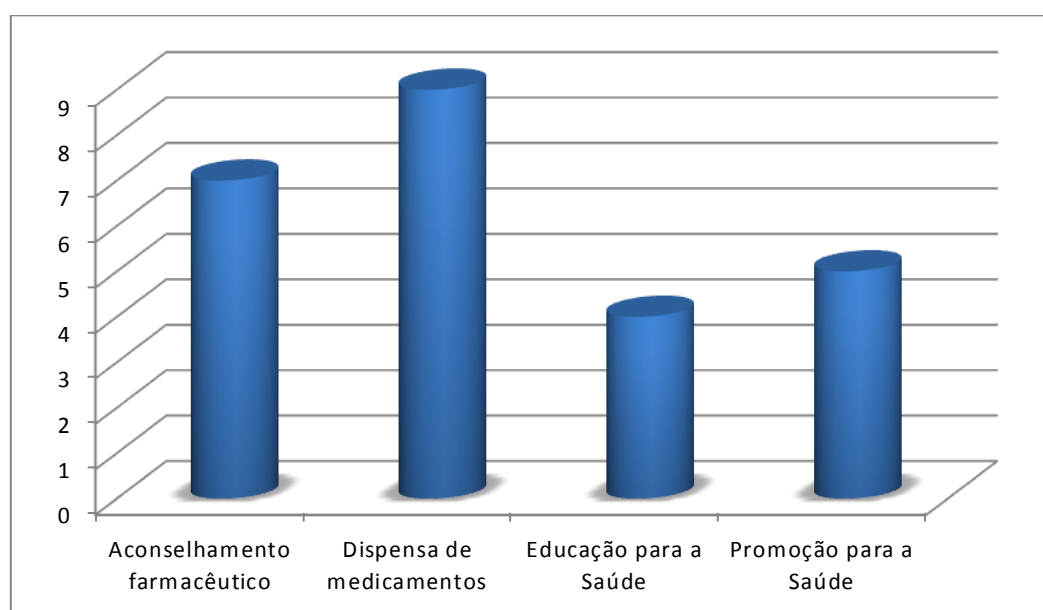


Figura 3: Farmacêuticos – Papel do Farmacêutico Comunitário

A segunda questão era referente ao: “Significado do conceito de “Farmacêutico-de -Família”, e as implicações no quotidiano profissional que daí advêm na prática clínica da Farmácia Comunitária?”. Os Farmacêuticos reconhecem na implementação desta nova figura um exponenciamento do *Acompanhamento farmacoterapêutico* (50%), que se destaca sobremaneira dos demais. Aspectos como uma *maior proximidade dos utentes* (20%) e *ganho de confiança* (20%) também foram valorizados. Aparece também com significativa valoração, a *cooperação* (10%) entre profissionais da área de saúde.

A análise de conteúdo efectuada demonstra, que este novo conceito vem trazer, segundo o profissional de farmácia comunitária, um maior espectro de acção à prática farmacêutica nos dias de hoje, sendo a via para um maior acompanhamento ao nível da farmacoterapia e garantido uma maior farmacovigilância para controlo dos denominados Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM). Seria igualmente um garante de maior proximidade, e de confiança para os utentes, o que permitiria também um melhor apoio e seguimento das terapêuticas prescritas.

É de assinalar o facto dos farmacêuticos terem mencionado a necessidade de cooperação entre profissionais de saúde, nomeadamente farmacêutico-médico para garantir maior farmacovigilância. Esta cooperação de profissionais daria a possibilidade de fazerem um controlo conjunto dada a relação mais próxima entre o Farmacêutico-Utente, não comprometendo o relacionamento Utente-Médico.

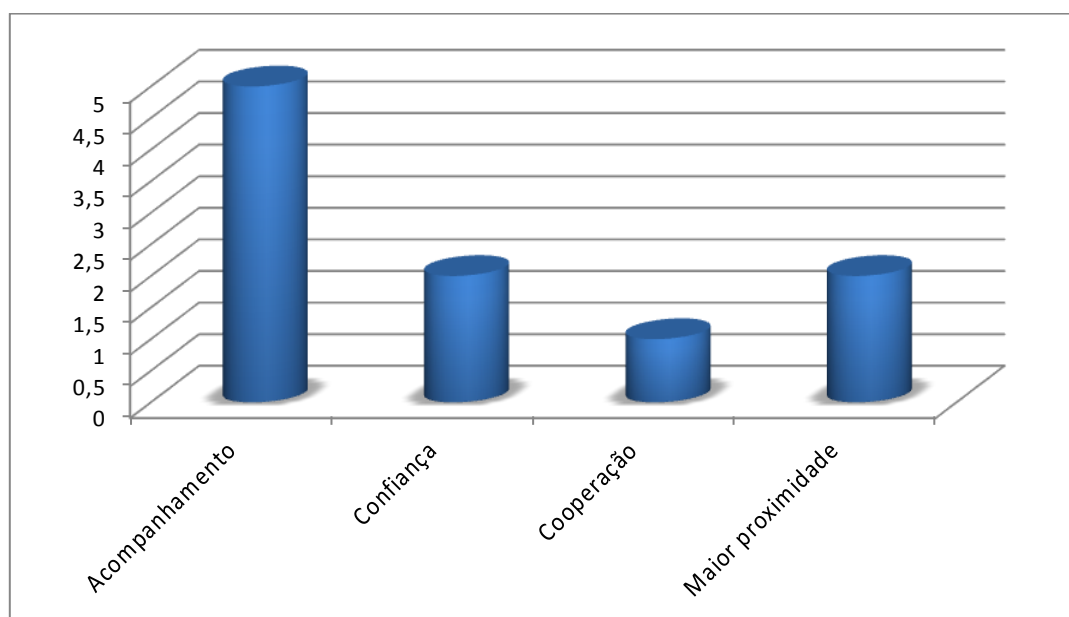


Figura 4: Farmacêuticos – “Farmacêutico-de-Família”

A terceira questão “Quais as medidas adoptadas por si para o incremento da cumplicidade da relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar?”. Os farmacêuticos apontaram como medidas principais o ganho de confiança junto do utente (45,4%), bem como a criação de empatia com este (27,2%) e demonstrar interesse com o utente (18,2%), não descurando a disponibilidade (9%) do farmacêutico.

Para criar uma relação terapêutica de qualidade, em primeira instância com o utente e com a sua família seria impreterível a geração de confiança, bem como uma relação empática. De modo a aumentar a confiança e criar empatia é condição necessária a demonstração de interesse pelos problemas do utente, demonstrando sempre disponibilidade para todas as questões e problemas por si colocados.

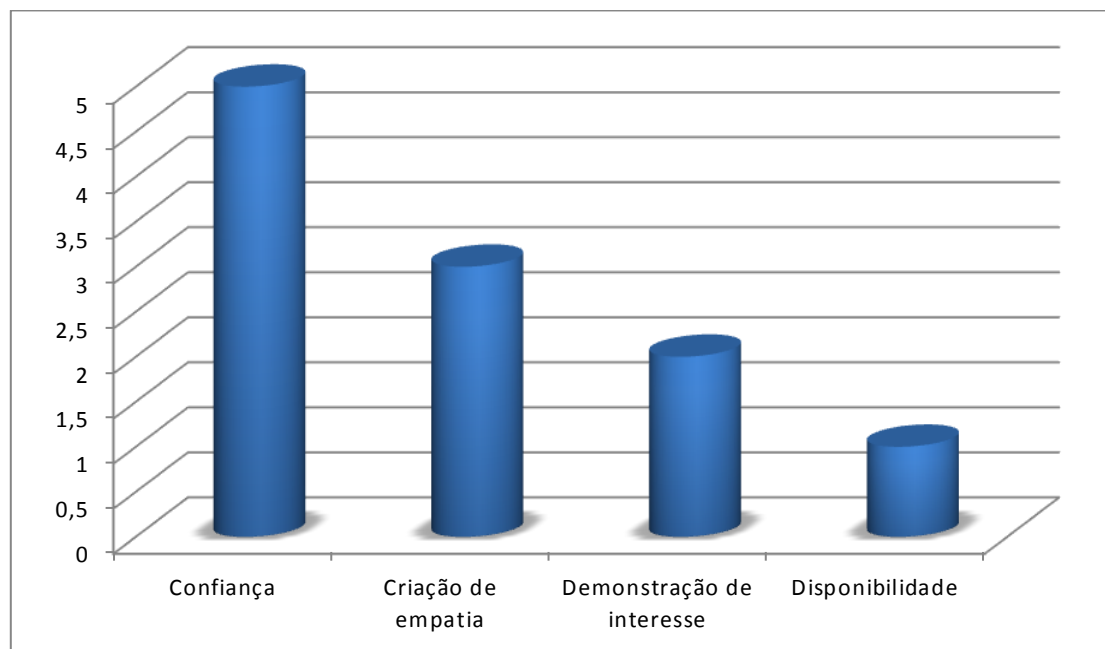


Figura 5: Farmacêuticos – Relação com o Núcleo familiar

A quarta questão era referente a “*Que condições a nível da formação pré e pós-graduada e qualificação futura dos Farmacêuticos julga serem necessárias para que os Farmacêuticos Comunitários possam otimizar a relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar?*”. Os farmacêuticos reconhecem como condição fundamental a prática profissional durante a formação pré graduada (37,5%) e formação em unidades curriculares complementares na área da psicologia, da comunicação e do relacionamento interpessoal (37,5%). Aspectos como formação pós graduada contínua (18%), formação pré graduada com unidades curriculares comuns às várias áreas da das ciências da saúde (7%), permitem ao farmacêutico ter um vasto leque de conhecimentos

específicos indispensáveis para responder ao objectivo de assegurar e melhorar a saúde e qualidade de vida dos utentes.

Tanto o profissional Farmacêutico como os Utentes consideraram como aspectos fulcrais a *introdução no plano de estudos da formação pré-graduada de conteúdos programáticos conotados com a problemática das relações interpessoais*, visando a aprendizagem de estratégias comunicacionais, *formação contínua e pós-graduada que permita constante actualização profissional e prática profissional* para treino de skills diversos.

A quinta questão referente a “*qual é na sua opinião o papel que o Farmacêutico poderia ter ao nível dos cuidados de saúde primários*” Os farmacêuticos, tal como os utentes consideram fundamental a *Equipa multidisciplinar* (32,2%), *Melhor Acompanhamento* (21,3%) e *prevenção* (17,9%). Também foi referida a *redução de custos* (14,3%) e a *proximidade* (10,7%) como aspectos importantes.

Segundo o prisma dos farmacêuticos e utentes, a integração do Farmacêutico na equipa de Cuidados de Saúde Primários pressupõe um funcionamento em equipas multidisciplinares de profissionais de saúde. A sua inclusão nestas equipas, levaria a uma melhoria do nível de acompanhamento do doente, trazendo a curto-médio prazo um decréscimo dos gastos do Serviço Nacional de Saúde. Melhor acompanhamento implicaria igualmente uma maior proximidade junto do doente, passando o alvo da terapêutica a ser a prevenção da doença ao invés do seu tratamento.

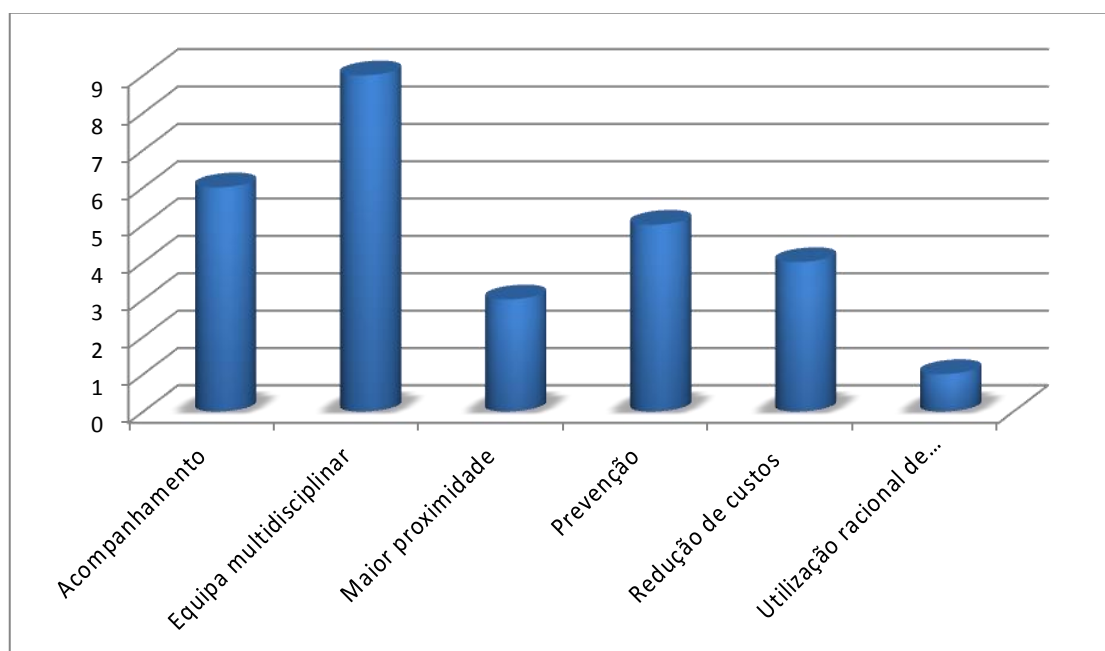


Figura 6: Farmacêuticos – Integração na equipa de CSP

No final das entrevistas inquirimos os farmacêuticos com a questão “*Que obstáculos pensa que podem vir a surgir ao nível da implementação deste novo conceito e figura profissional, e como podem ser contornados?*” Nesta questão registou-se um número significativo de respostas comuns com os utentes, sendo que a maioria dos Farmacêuticos inquiridos considera que a sua principal são em primeiro lugar, obstáculos relacionados com o *Médico-de-Família (42%)* que poderia constituir o maior entrave à implementação da acção clínica farmacêutica. A *falta de dinheiro* para suportar custos inerentes aos serviços foi outro aspecto importante (17%), a *mentalidade* das pessoas embora apareça referida não tem expressão.

A conclusão que pode ser retirada é que a saúde só faz sentido se for desempenhada por equipas de profissionais de saúde com competências diferentes dos médicos, que interagem e complementam as suas especialidades de modo a prestar melhores cuidados de saúde. Uma saúde preventiva e com menores custos.

4.2.2. Utes

A primeira questão colocada aos utentes foi “*Papel do Farmacêutico Comunitário nos dias de hoje?*” com o intuito de saber quais eram os aspectos que os utentes julgavam ser as funções primordiais do farmacêutico comunitário. Para os utentes é, claramente, o *aconselhamento farmacêutico (50%)*, que obteve uma larga margem relativamente ao segundo marcador mais frequente, *dispensa de (23,3%)*. Valorizaram ainda a *promoção para a saúde (13,3%)*, bem como a *educação para a saúde (13,3%)*.

De acordo com os utentes, mais do que a dispensa de medicamentos, como rematado pelos Farmacêuticos, o papel corrente do Farmacêutico Comunitário é o aconselhamento farmacêutico, sendo esta condição *sine qua non* para a existência da dispensa. Esta opinião vem valorizar o papel do profissional do medicamento, que não actua simplesmente como um “comerciante”, mas sim como um profissional cujo conhecimento técnico-científico é valorizado por quem frequenta a farmácia. Os Utes vêm também o farmacêutico como um promotor e educador para a saúde, cujas acções devem ser dinâmicas e de pró-actividade de modo a estimular os utentes a quererem saber mais sobre as patologias no geral e, sobre a terapêutica no particular.

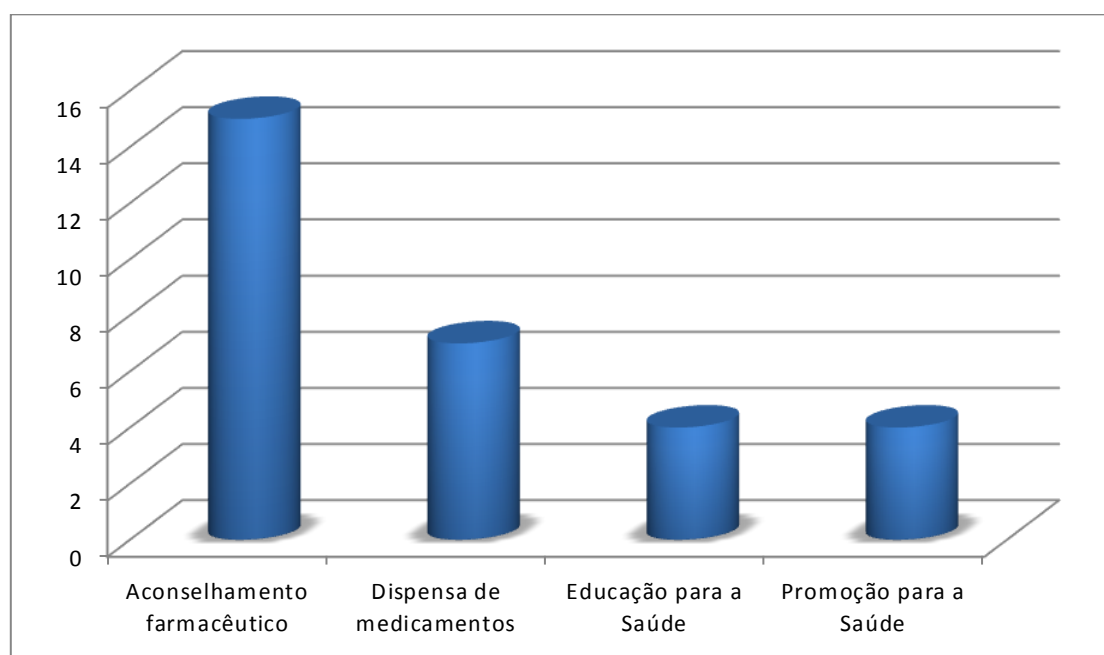


Figura 8: Utentes – Papel do Farmacêutico Comunitário

A segunda questão visava o entendimento dos utentes relativamente ao conceito de Farmacêutico-de-Família, “*Significado do conceito de Farmacêutico de Família para si e condições de implementação futura desta figura profissional na farmácia que habitualmente frequenta*”. O que mais valorizaram foi a *confiança* “ganha” com o farmacêutico (42,9%) e o *acompanhamento por parte do farmacêutico* (35,7%). Referem ainda da maior *proximidade gerada na relação* (14,3%), e por último da *cooperação estabelecida com outros profissionais* (7,1%).

O conhecimento prévio que o suposto Farmacêutico-de-Família adquire no dia-a-dia permitiria um acompanhamento contínuo, facilitaria toda a terapêutica prescrita e a exposição de dúvidas e a satisfação de todas as necessidades que o doente pudesse vir a ter. Apesar disso, mais do que o acompanhamento e, ao contrário dos farmacêuticos, os utentes preferem ganhar confiança com o profissional de saúde. A maior proximidade na relação farmacêutico-utente, fruto deste maior acompanhamento e, por conseguinte, aumento de confiança, é vista com “bons olhos” por quem frequenta a farmácia, não podendo negligenciar a cooperação com o Médico-de-Família que, para o utente, seria fundamental para a optimização do processo terapêutico.

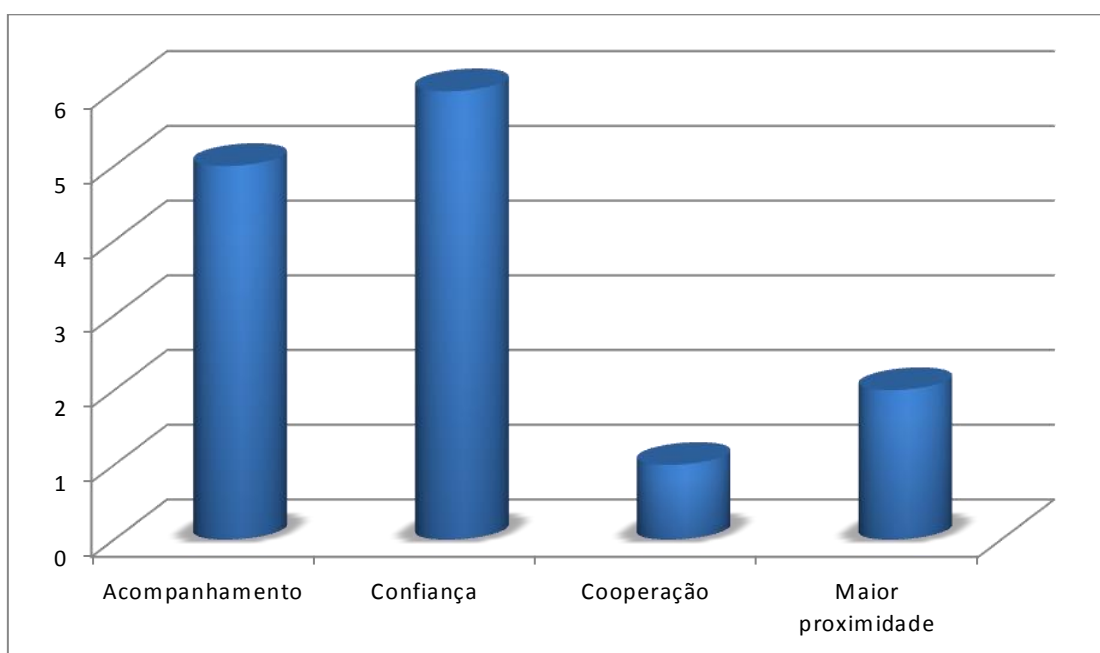


Figura 9: Utentes – “Farmacêutico-de-Família”

A terceira questão colocada aos utentes tinha como objectivo perceber se os utentes consideravam importante a relação criada entre o farmacêutico e o seu núcleo familiar “*Considera importante para si a relação que o Farmacêutico estabelece com o seu Núcleo familiar*”. Para os utentes, a *confiança* estabelecida (45%), emerge como o maior ganho percebido com esta relação mas também surgem a *disponibilidade* manifestada (25%), a *demonstração de interesse* (20%) e com menor valoração a *criação de empatia* (10%).

A *confiança* é, então, de acordo com os utentes, a característica que mais se desenvolve na relação farmacêutico-núcleo familiar, sendo para isso necessário que o farmacêutico se apresente disponível para atentar às necessidades exigidas, demonstrando interesse por estas. Para os utentes a relação com a sua família pode também originar empatia, característica considerada ímpar para a criação de uma relação terapêutica.

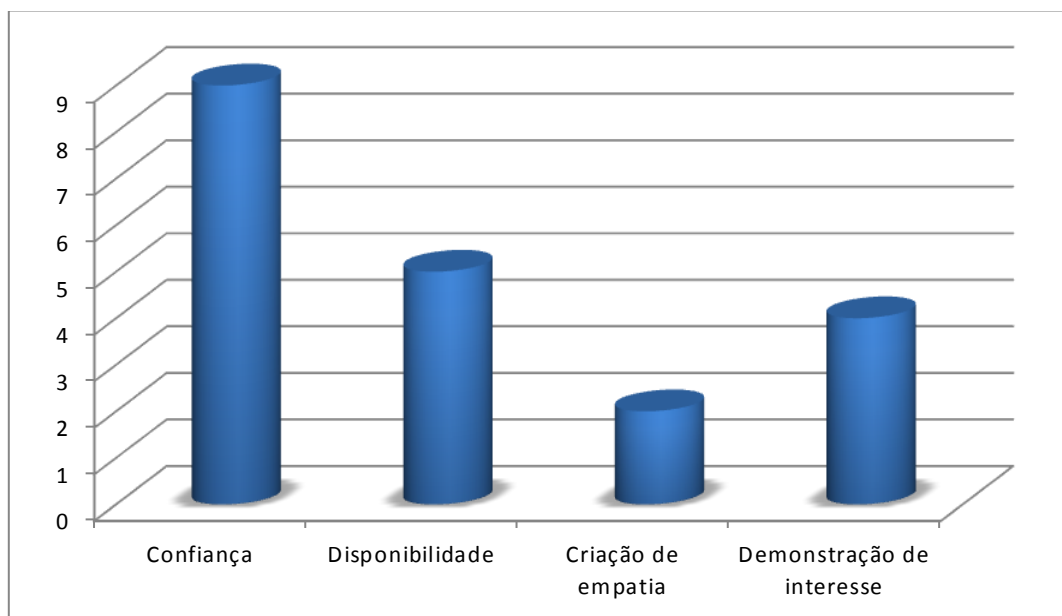


Figura 10: Utentes – Relação com o Núcleo familiar

Quanto à quarta questão “ *Que formação pré e pós-graduada e qualificação dos Farmacêuticos julga necessária para melhorar a relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar?*” tanto o profissional farmacêutico como os utentes consideraram aspectos fulcrais a *introdução no plano de estudos de matérias relacionadas com relações interpessoais, comportamentais* (22%), bem como *um maior nível de prática* (19%) durante o percurso académico para o correcto entendimento do problema do utente, não descartando a *formação contínua, complementar e pós-graduada* (29,6%), de modo a haver um acompanhamento permanente das novas terapêuticas introduzidas no mercado que melhoram o aconselhamento e aprendizagem de matérias de relacionamento interpessoal não existente na fase pré graduada.

Relativamente à integração do farmacêutico na equipa de Cuidados de Saúde Primários,” *Como encara a inclusão do profissional farmacêutico na equipa de cuidados de saúde primários (USF e CS)*” o marcador considerado mais importante foi *Equipa multidisciplinar* (43%), *Acompanhamento* (14,3%) e *Redução de custos* (14,3%) tendo igualmente ressaltado *Maior proximidade e Prevenção*.

Através da análise do gráfico infra, parece claro que, segundo o prisma dos utentes, a integração do farmacêutico na equipa de Cuidados de Saúde Primários pressupõe um funcionamento em equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, interprofissionais e complementares, melhoria no acompanhamento, o que permitiria uma utilização mais adequada dos medicamentos, levando a redução de custos com as terapêuticas.

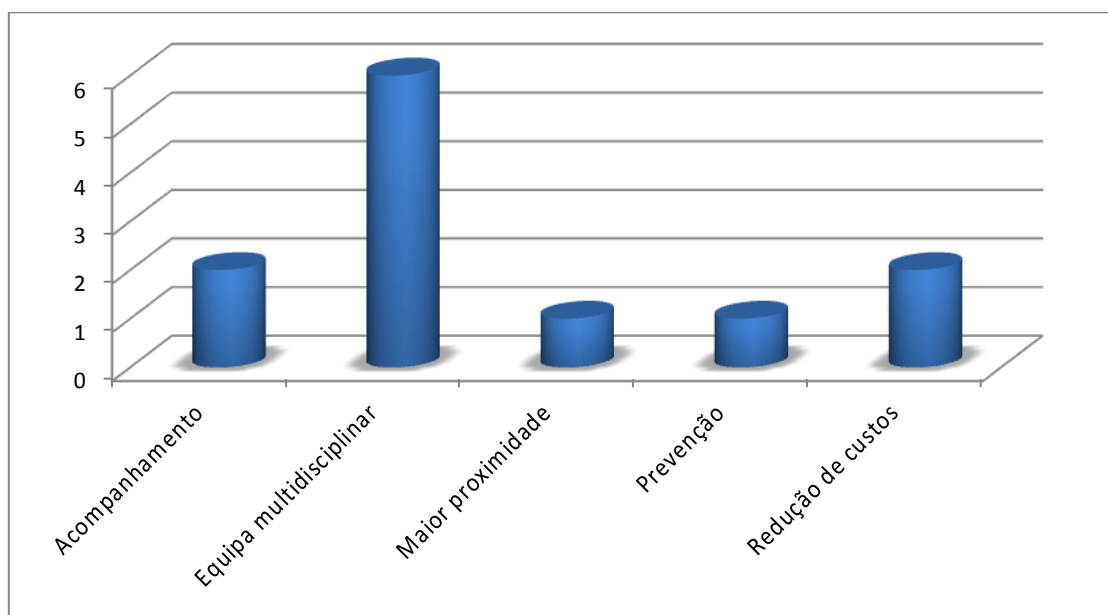


Figura 11: Utentes – Integração na equipa de CSP

Por fim, pretendia-se saber quais os “*Obstáculos que poderiam surgir ao nível da criação do conceito de Farmacêutico de Família e como podem ser ultrapassados*”. A maior parte dos utentes acredita que o *Médico-de-Família* (35%), poderia constituir o maior entrave, aparecendo a *mentalidade* das pessoas (31%) e a *interpretação errada por parte de outros profissionais de saúde* (17%) de seguida. Foi também considerada a *falta de dinheiro*, bem como as *guerras*” de classes profissionais na área da saúde.

Os aspectos fulcrais referidos pela maior parte dos Farmacêuticos e Utentes são em primeiro lugar relacionados com o *Médico- de- Família que* poderia constituir o maior entrave à implementação da acção clínica farmacêutica, por erradamente relacionarem a intervenção conjunta com competitividade. A *mentalidade* das pessoas aparece em segundo lugar e a interpretação errada por parte de outros profissionais de saúde de seguida.

A maioria dos inquiridos considera que a principal função do Farmacêutico é incrementar a melhoria da saúde do doente e esclarecer as suas dúvidas relativamente à terapêutica.

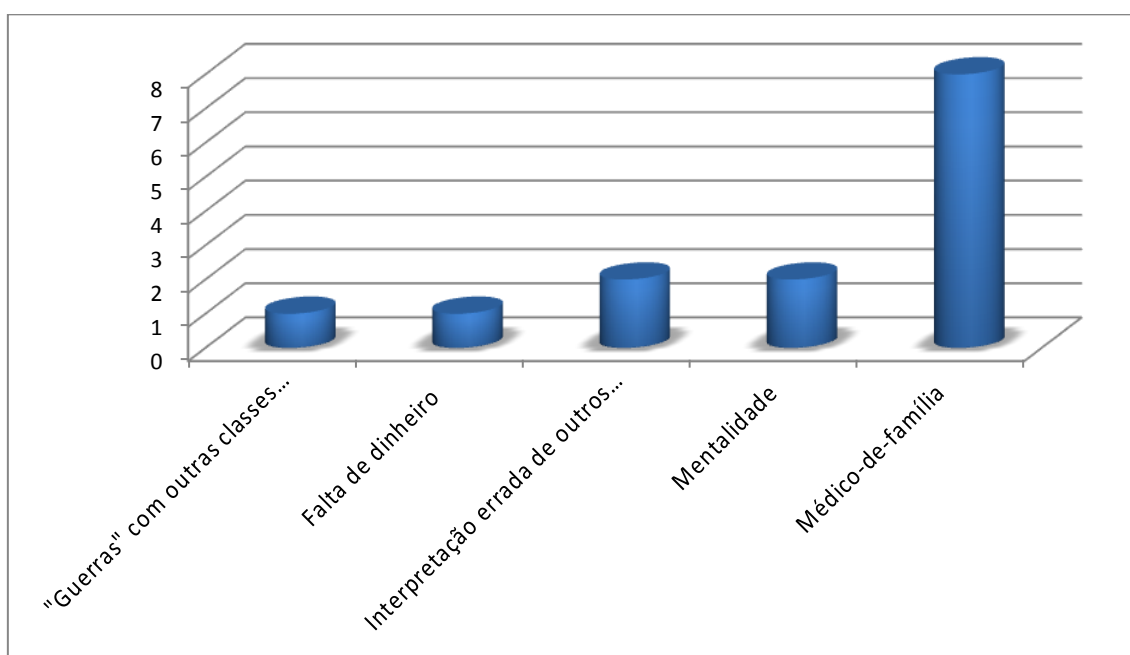


Figura 12: Utentes – Obstáculos

No próximo capítulo iremos descrever de forma sucinta a conclusão deste estudo empírico salientando os aspectos mais relevantes da revisão bibliográfica e da apresentação e discussão dos resultados da análise do conteúdo das entrevistas realizadas no âmbito da investigação.

III

Modelo interpretativo

5. CONCLUSÃO

A *Atenção Farmacêutica*, como garante de um maior *acompanhamento terapêutico* por parte do Farmacêutico, pode constituir-se como uma *ferramenta eficaz* na redução dos «*dilemas iatrogénicos*» relacionados com os medicamentos prescritos. Para que a *Atenção Farmacêutica* se torne uma realidade, torna-se imperativa a inserção do profissional do medicamento nas equipas de Cuidados de Saúde Primários, não só a nível hospitalar, como nas Unidades de Saúde Familiar / Centros de Saúde, relevando-se como pertinente, o incremento do «*espectro de acção*» do Farmacêutico no terreno, a nível ambulatorio e na linha da frente das Farmácias Comunitárias.

Para o cumprimento desta premissa torna-se imprescindível o *trabalho multidisciplinar* entre profissionais de saúde, bem como a criação de novas e renovadas soluções organizativas ao nível das instituições de prestação de Cuidados de Saúde. Assim, os resultados obtidos nesta pesquisa parecem apontar para uma mais-valia ao nível da integração dos Farmacêuticos e das Farmácias comunitárias na rede de Cuidados de Saúde Primários.

Neste sentido, tomando como ponto de partida estudos científicos realizados em países como Inglaterra, Holanda, Canadá e Brasil, em que o papel do Farmacêutico se apresenta cada vez mais integrado nos Cuidados de Saúde Primários e onde o conceito de “*Farmacêutico-de-Família*” já se encontra sedimentado em termos funcionais, apesar de terem surgido *obstáculos* naturais na sua génese e no processo de implementação, urge questionar como é que o perfil do “*Farmacêutico-de-Família*” poderia ser implementado nos cenários de saúde em Portugal. De acordo com a literatura revisitada, a percepção inicial dos Médicos-de-Família relativamente à contribuição dos Farmacêuticos numa *equipa multidisciplinar*, acusa uma desvalorização do papel que o farmacêutico pode ter nos Cuidados de Saúde Primários, registando-se, contudo, um reconhecimento gradual do seu “*know-how*” e competência por parte dos Médicos, bem como uma facilidade em partilhar saberes interprofissionais à medida que o paciente vai evoluindo na trajetória terapêutica.

No que diz respeito à questão orientadora central deste estudo empírico “*Farmacêutico-de-Família, Cumplicidade na relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar*”, que se constitui também, como o seu objecto específico, a análise dos resultados das entrevistas realizadas a Farmacêuticos e a Utentes/Doentes permitiu concluir que, apesar de desempenharem papéis diferentes nas trajectórias terapêuticas, as respostas dadas por ambos os grupos de entrevistados, Farmacêuticos e Utentes/Doentes, não apresentaram grandes divergências, como se pode verificar seguidamente, no âmbito da análise de cada questão orbital em particular.

Relativamente à questão sobre o “*Papel do Farmacêutico comunitário nos dias de hoje?*” o aspecto mais realçado pelo grupo dos Farmacêuticos entrevistados foi a questão da *dispensa medicamentosa*, contrariamente aos Utentes/Doentes, que relegam para segundo plano a *dispensa dos medicamentos*, percepcionando o Farmacêutico como um *promotor e educador de saúde*, cujas acções podem ser de tal modo dinâmicas e pró-activas, que estimulam os Utentes/Doentes a quererem saber mais sobre as patologias no geral, e as terapêuticas, em particular. Podemos concluir que, os Farmacêuticos deram primazia à *dispensa medicamentosa*, por a associarem ao *aconselhamento farmacêutico* e não encaram a *dispensa medicamentosa* como um acto isolado.

Quanto ao “*Significado do conceito de “Farmacêutico-de-Família”, e as implicações práticas que advêm desse conceito no funcionamento da Farmácia Comunitária.*” três aspectos parecem ganhar uma pregnante relevância. De acordo com o grupo de Farmacêuticos, releva-se como importante um *alargamento do espectro da acção* do Farmacêutico nos dias de hoje, visando uma *maior farmacovigilância* (controlo dos denominados Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM’s)), garantindo um melhor *acompanhamento* ao nível da farmacoterapia, a necessidade de *cooperação* entre profissionais de saúde, nomeadamente entre o Farmacêutico e o Médico, considerada, também, como fundamental para uma *melhor farmacovigilância* (efectuar um controlo conjunto por ambos); e, por último parece apontar para uma relação mais próxima entre Farmacêutico-Utente (sem comprometimento do relacionamento Utente-Médico). Na opinião dos Utentes/Doentes, o “*Farmacêutico-de-Família*” poderia efectuar um *acompanhamento* contínuo do doente, no decurso da trajectória terapêutica, favorecendo a *proximidade* e a exposição de dúvidas e a satisfação de todas as necessidades que os doentes pudessem denunciar. Contudo, mais

CONCLUSÃO

do que o *acompanhamento* e, contrariamente ao grupo dos Farmacêuticos, os Utentes/Doentes parecem optar por um *aumento da confiança* na relação com o profissional de saúde. A *maior confiança* na relação Farmacêutico-Utente, fruto deste maior *acompanhamento* é vista com “bons olhos” por quem frequenta a farmácia, não podendo negligenciar-se a *cooperação* com o Médico-de-Família que, para o Utente/Doente, se revela fundamental para a optimização do processo terapêutico.

Relativamente à questão orbital “*Quais as medidas adoptadas para o incremento da cumplicidade da relação Farmacêutico-Utente-Núcleo familiar?*” os aspectos fulcrais apontados suportam-se na criação de uma relação terapêutica de qualidade, em primeira instância com o Utente/Doente e, necessariamente também, o estabelecimento de uma *relação empática* com o Utente/Doente/Núcleo familiar, como *demonstração do interesse* inequívoco dos farmacêuticos pelos problemas do Utente/Doente. A subcategoria *confiança* é de acordo com os Utentes/Doentes, a característica que mais se sedimenta na relação Farmacêutico-Núcleo Familiar, sendo necessário que o Farmacêutico esteja sempre “*disponível*” no exercício das suas funções, para responder às *necessidades* exigidas pelos Utentes/Doentes.

Quanto à questão orientadora orbital “*Que condições a nível da formação pré e pós-graduada e qualificação futura dos farmacêuticos julga serem necessárias para que os farmacêuticos comunitários possam otimizar a relação farmacêutico-Utente-núcleo familiar?*”, tanto o profissional Farmacêutico como os Utentes/Doentes consideraram como aspectos fulcrais a introdução no plano de estudos da formação pré-graduada de conteúdos programáticos conotados com a problemática das relações interpessoais, visando a aprendizagem de estratégias comunicacionais no decurso da formação contínua e pós-graduada.

Relativamente à questão sobre “*O papel que o farmacêutico poderia ter ao nível dos Cuidados de Saúde Primários?*”, segundo o prisma dos Farmacêuticos e Utentes/Doentes entrevistados, a integração do farmacêutico na equipa de Cuidados de Saúde Primários pressupõe a existência de *equipas multidisciplinares*. A inclusão do Farmacêutico nestas equipas de prestação de Cuidados, conduziria a uma melhoria ao nível do *acompanhamento* do doente, promovendo a curto e médio prazo uma *redução de custos* ao nível do Serviço Nacional de Saúde. Este maior *acompanhamento* do Utente/Doente implicaria, igualmente, uma *maior proximidade* junto do sistema social e familiar de suporte do Utente/Doente.

No que diz respeito aos “*Obstáculos que podem vir a surgir ao nível da implementação desta nova figura profissional.*” os aspectos fulcrais referidos pela maior parte dos farmacêuticos e Utentes/Doentes são em primeiro lugar conotados com a figura do *Médico-de-Família*, a *interpretação errada* por parte de outros profissionais de saúde e a *mentalidade* das pessoas, poderiam constituir-se como um entrave à implementação da acção clínica farmacêutica, exercida pelo grupo profissional dos Farmacêuticos.

Da análise das respostas obtidas nas entrevistas foi possível inferir que, de um modo geral, em Portugal, o Farmacêutico é considerado um profissional credível que actua junto da comunidade, no que diz respeito à prestação de Cuidados de Saúde, bem como no âmbito da Promoção da Saúde. Neste registo, a Farmácia comunitária pode ser encarada como um local de importância primordial na prestação de Cuidados de Saúde junto da população, sendo expectável que num futuro próximo se possa vir a alargar o espectro de acção profissional do Farmacêutico.

No entanto, os resultados obtidos devem ser analisados de forma cautelara, face às limitações que este estudo empírico levanta. Em primeiro lugar, o facto de se tratar de um estudo exploratório, com as inerentes dificuldades de desbravar caminhos nos terrenos da pesquisa, a dimensão da amostra inerente à limitação temporal de realização deste trabalho e a morosidade intrínseca à metodologia adoptada. Na opinião tanto dos Farmacêuticos como dos Utentes/Doentes entrevistados, a figura do “*Farmacêutico-de-Família*” poderia constituir-se como uma mais-valia, tendo em conta o *expertise* do farmacêutico no que diz respeito ao medicamento e à sua *acessibilidade* junto da população. O sucesso da relação “*Farmacêutico-Utente/Doente-Núcleo Familiar*” fomentado nas Farmácias comunitárias através de um maior *acompanhamento farmacoterapêutico* do Doente/Utente e a participação do respectivo núcleo familiar na trajectória terapêutica deveria ser futuramente «*amplificado*» com a integração do profissional farmacêutico nas equipas de Cuidados de Saúde Primários.

Releva-se, ainda, dos resultados do presente estudo que a eficácia ao nível dos Cuidados de Saúde Primários poderia ser ampliada com a inclusão de outros profissionais de saúde nas *equipas multidisciplinares*, bem como o apelo a um *maior envolvimento* do farmacêutico na *farmacovigilância*, permitindo assim uma *redução acentuada de gastos* em situações preveníveis (v.g. RAM’s, interacções medicamentosas, tomas duplicadas, não-adesão à terapêutica, auto-medicação), o que poderia vir a revelar-se vital para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde do nosso País.

6. BIBLIOGRAFIA

Aguiar, A.H. (2009). *A Gestão da Farmácia – Ultrapassar os Novos Desafios*. Lisboa: Hollyfar.

Alvares de Toledo, F., Gonzales, P.A. & Riera, T.E. (2001). Pharmaceutical care in people who have had acute coronary episodes (TOMCOR Study). *Rev. Esp. Salud Publica*, 75(4), 375-388.

Alves, V.S. & Nunes, M.O. (2006). Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 131 – 147.

Amaral, M.F.Z.J., Amaral, R.G. & Provin, M.G. (2008). Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 5(1), 60-66.

Andersson, A.C., Brodin, J., Nilsson, J.L.G. (2002). Pharmacy representatives: a non-pharmacy outlet of prescribed medicines in Sweden. *Pharm World Sci*; 24(4): 139-143

Aráuz, A.G., Sánchez, G., Padilla, G., Fernández, M., Roselló, M & Guzmán, S. (2001). Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el âmbito de la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 9(3), 145-153.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 4ª Edição.

Barrón-Rivera, A.J., Torreblanca-Roldán, F.L., Sánchez-Casanova, L.I., & Martínez-Beltrán, M.. (1998). Efecto de uma intervención educativa em la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Publica Mex*. 40(3), 503- 509.

Basso, P. (2004). *A Farmácia e o Medicamento, uma História Concisa*. Lisboa: Edição do Clube do Coleccionador dos Correios.

Berenguer, B., La Casa, C., de la Matta, MJ., Martín-Calero, MJ. (2004). Pharmaceutical care: past, presente and future. *Curr Pharm Des.* 10(31): 3931 - 46

Bernsten, C., Bjorkman, I., Caramona, M., Crealey, G., Frokjaer, B., Grundberger, E. ... Winterstein, A. (2001). Improving the Well-Being of Elderly Patients via Community Pharmacy-Based Provision of Pharmaceutical Care. *Drugs & Aging.* 18(1), 63-77.

Bissel, P., Blenkinsopp, A., Short, D. & Mason, L. (2008). Patients' views and experiences of a medicines management service. *Health Soc Care Community* 16, 363–369.

Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciências & Saúde*, 9, 139 – 146.

Cartwright, A. & Smith, C. (1988). *Elderly People, Their Medicines and Their Doctor*. New York: Routledge.

Chen, J., & Britten, N. (2000). 'Strong medicine': an analysis of pharmacist consultations in primary care. *Family Practice*, 17(6), 480-483.

Cipolle, C.L., Cipolle, R.J., Strand, L.M. (2006). Consistent standards in medication use: The need to care for patients from research to practice. for patients from research to practice. *J Am Pharm Assoc*; 46: 205 - 12.

Company, D., Grau, S., Monterde, J. et al. (1998). Análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas a través del sistema informatizado de dispensación en dosis unitária. *Farm Hosp.* 22(1), 11-15.

BIBLIOGRAFIA

Costa, S, Santos, C. & Silveira J. (2006). Community Pharmacy Services in Portugal; *Annals of Pharmacotherapy*, 40(12), 2228-2234.

Cowper, P.A., Weinberger, M., Hanlon, J.T., Landsman, P.B., Samsa, G.P., Uttech, K.M., ... Feussner, J.R. (1998). The cost effectiveness of a clinical pharmacist intervention among elderly outpatients. *Pharmacotherapy*. 18(3), 327-332.

Cranor, C.W., Bunting, B.A. & Christensen, D.B. (2003). The Asheville Project: Long-Term Clinical and Economic Outcomes of a Community Pharmacy Diabetes Care Program. *J Am Pharm Assoc*, 43(2), 173-184.

Dias, J.P.S. (2005). *A Farmácia e a História*. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Dias, M.R. (1993). Médico-Doente. A Pedagogia da Relação. In L. Almeida & I. Ribeiro (Eds.), *A Organização dos Serviços de Psicologia em Portugal* (pp. 52-60). Açores: APPORT.

Dias, M.R. (1997). O doente oncológico: Um actor participante?. In J. L. Ribeiro (Ed.). *Actas do II Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 75-103). Lisboa: ISPA/SPPS.

Dias, M.R. (2000). Relação Médico-Doente: Que Cumplicidade?. In M. R. Dias & A. Amorim (Eds.). *Clínica Dentária Integrada: Contributos Bio-Psico-Sociais* (pp. 53-61). Lisboa: Egas Moniz Publicações.

Dias, M.R., Duque, A., Silva, M. & Durà, E. (2004). Promoção da Saúde: O Renascimentos de uma Ideologia? *Análise Psicológica*, 3 (22), 463-473.

Dobie, R.L. & Rascatti, K.L. (1994). Documenting the value of pharmacist interventions. *American Pharmacy*, 34(5), 50-54.

Dormann, H., Muth-Selbach, U., Krebs, S. Criegee-Rieck, M., Tegeder, I., Schneider, H.T., Geisslinger, G. (2000). Incidence and costs of adverse drug reactions during hospitalization. *Drug Safety*, 22(2), 161-168.

Erickson, S.R.; Slaughter, R. & Halapy, H. (1997). Pharmacists' ability to influence outcomes of hypertension therapy. *Pharmacotherapy*, 17(2), 140-147.

Etemad, L.R. & Hay, J.W. (2003). Cost-Effectiveness Analysis of Pharmaceutical Care in a Medicare Drug Benefit Program. *Value in Health*, 6(4), 425-435.

Falceto, O.G., Fernandes, C.L.C. & Wartchow, E.S. (2004). O médico, o paciente e sua família. In Duncan, B.B., Schimdt, M.I., Gilgliani, E.R.J. *Medicina ambulatorial: condutas em Atenção Primária baseada em evidências* (115-124). Porto Alegre: Artmed.

Farrel, B., Pottie, K., Woodend, K., Yao, V., Dolovich, L., Kennie, N. & Sellors, C. (2010). Shifts in expectations: Evaluating physicians' perceptions as pharmacists become integrated into family practice. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), 80-89.

Farris, K.B., Fernandez-Llimos, F. & Charlie Benrimoj, S.I. (2005). Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research from Around the World. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39(9), 1539-1541.

Faus, M.J. (2000). Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*, 41(1), 137-143.

Foppa, A., Beliveacqua, G., Pinto, L.H. & Blatt, C.R. (2008). Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 44(4), 727-737.

BIBLIOGRAFIA

Foppe van Mil, J.W. & Schulz, M. (2006). A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 155-168.

Freitas, E.L. (2005). *Revelando a experiência do paciente com a prática da Atenção Farmaceutica: uma abordagem qualitativa* (Dissertação de Mestrado não publicada). Belo Horizonte: UFMG Faculdade de Farmácia.

Garção, J.A. & Cabrita, J. (2002). Evaluation of a pharmaceutical care program for hypertensive patients in rural Portugal. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 42(6), 858 – 864.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2005). *O Inquérito*. Oeiras: Celta Editora, 4ª Edição.

Gibbs, S.; Waters, W.E. & George, C.F. (1989). The benefits of prescription information leaflets. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 27: 723 - 739.

Gouveia, M. & Machado, F. (2008). Valorização dos actos farmacêuticos em farmácias comunitárias. Centro de Estudos Aplicados - CEA, FCEE, Universidade Católica Portuguesa, em colaboração com o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde – CEFAR da Associação Nacional das Farmácias, Comunicação no 9o Congresso Nacional das Farmácias, Lisboa.

Gouveia, W.A. (1999). At center stage: Pharmacy in the next century. *Am. J. Health-Syst Pharm*, 56, 1613 – 1618.

Granda, S.A. (2004). Evaluación de una intervención farmacêutica: resultados e costes. *Offarm:Farmacia y Sociedad*, 23(10), 112 – 119

Guerreiro M. Cantrill J. & Martins P. (2010). Acceptability of community pharmaceutical care in Portugal: a qualitative study. *Journal of Health Services Research & Policy* 15(4), 215–222

Hatoum, H.T. & Akhras, K. (1993). 1993 bibliography: a 32 year literature review on the value and acceptance of ambulatory care provided by pharmacists. *Ann Pharmacother*, 27, 1106 – 1119.

Hepler, C.D. & Grainger-Rousseau, T.J (1995). Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? *Drugs*, 49(1), 1 – 10.

Hepler, C.D. & Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533 – 543.

Holland, R.W. & Nimmo, C.M. (1999). Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. *Am. J. Health-Pharm*, 56(17), 1758 – 1764.

Holsti, O.R. (1969). *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*, London: Addison-Wesley Publishing Company.

James, J.A. & Rovers, J.P. (2003). Wellness and health promotion. In Rovers, J.P. & Currie, J.D. (Orgs). *A practical guide to pharmaceutical care* (pp. 183-200). Washington: American Pharmaceutical Association.

Johnson, J.A. & Bootman, J.L. (1997). Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *Am J Health-Syst Pharm.*, 54(5), 554-558.

Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. London: SAGE Publications, 3ª Edição.

Lau, E., Dolovich, L. & Austin, Z. (2007, March). Comparison of self, physician, and simulated patient ratings of pharmacist performance in a family practice simulator. *Journal of Interprofessional Care*, 21(2), 129-140.

Law AV, Ray MD, Knapp KK, Balesh JK. (2003). Unmet needs in the medication use process: perceptions of physicians, pharmacists and patients. *J.Am Pharm Ass*, 43, 394–402.

BIBLIOGRAFIA

Lazarou, J., Pomeranz, B.H. & Corey, P.N. (1998). Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A meta-analysis of prospective studies. *JAMA*, 279(15), 1200-1205.

Lee, M.P. & RAY, M.D. (1993). Planning for pharmaceutical care. *Am J. Hosp. Pharm.*, 50(6), 1153 – 1158.

Locca, J.F., Ruggli, M., Buchmann, M., Huguenin, J. & Bugnon, O. (2009). Development of pharmaceutical care services in nursing homes: practice and research in a Swiss canton. *Pharm World Sci*, 31(2), 165-173.

Lyra, J.R., Divaldo, P.; et al. (2000). Atenção farmacêutica: paradigma de globalização. *Pharmácia Brasileira*. 3(23), 76-79.

Maria, V.A.J. (2006). Auto-medicação, Custos e Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16, 11-14.

Marin, MA., et al. Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin* 2002;52:134–49

Marques, L.A.M., Rascado, R.R., Neves, F.M.D., Santos, F.T.C., Carvalho, F.A.R., & Borges, T.E. (2009). Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes na farmácia-escola da universidade federal de Alfenas. *Latin American Journal of Pharmacy*, 28(5), 688-94.

Martínez, M.J., Freire, A., Castro, I., Inaraja, M.T., Ortega, A., Del Campo, V., ... Garcia, J. (2000). Clinical and economic impact of a pharmacist-intervention to promote sequential intervention intravenous to oral clindamycin conversion. *Pharmacy World and Science*, 22(1), 53-58.

Martins, A.P., Miranda, Ada C., Mendes, Z., Soares, M.A., Ferreira, P. & Nogueira, A. (2002). Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 11, 409-414.

Meneses, A.A. & Rocha, L.A. (2005). A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 9(17), 303-316

Miller, M.J. & Ortmeier, B.G. (1995). Factors influencing the delivery of pharmacy services. *American Pharmacy Practice*, 35(1), 39-45.

Monteiro, J.M., Albuquerque, A.P., Lins-Neto, E.M.F. & Amorim, E.L.C. (2006). Use patterns and knowledge of medicinal species among two rural communities in Brazil's semi-arid northeastern region. *J Ethnopharmacol*, 105, 173-186.

Morse, G.D., Douglas, J.B., Upton, J.H. et al. (1986). Effect of Pharmacist intervention on control of resistant hypertension. *Am J Hosp Pharm.*, 42(4), 905-909.

Motta, P.R. (2001). *Desempenho em equipes de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

MS (Ministério da Saúde), 1999. Março 2001 *Programa de Saúde do Idoso*. <<http://saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>>

Nolan, L. & O'Malley, K. (1988). Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(2), 142-149.

O'Connell, MB., Johnson, JF. (1992). Evaluation of medication knowledge in elderly patients. *Ann Pharmacother.* 1992; 26:919-21

Organização Panamericana de Saúde. (2002). *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta*. Brasília: OPAS.

Orta, G. de (1563). Coloquios dos simples, e drogas he cousas mediçinais da India..., Goa, Ioannes de Endem.

BIBLIOGRAFIA

Österlind, P & Bucht, G. (1991). Drug consumption during the last decade among persons born in 1902 in Umea Sweden. *Drugs & Aging*, 1(6), 477-486.

Pirmohamed, M., Breckenridge, A.M., Kitteringham, N.R. & Park, B.K. (1998). Adverse drug reactions. *BMJ*, 316(7140), 1295-1298.

Pita, J.R. (2010). A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos. *Debater a Europa*, 2(3), 38-55.

Plumridge, R.J. & Wojnar-Horton, R.E. (1998). A review of the Pharmacoeconomics of Pharmaceutical Care. *Pharmacoeconomics*, 14(12), 175-189.

Provin M.P., Campos, A.P., Nielson, S.E. & Amaral, R.G. (2010). Atenção farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 717-723.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2008), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Renberg, T., Lindblad A.K. & Tully, M.P. (2006). Exploring subjective outcomes perceived by patients receiving a pharmaceutical care service. *Res Soc Admin Pharm*, 2, 212–231.

Romano-Lieber, N.S., Teixeira, J.J.V., Farhat, F.C.L.G., Ribeiro, E., Crozatti, M.T.L. & Oliveira, G.S.A. (2002). Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad. Saúde Pública*. 18(6), 1499-1507.

Rovers, J.P., Currie, J.D., Hagel, H.P., McDonough, R.P. & Sobotka, J.L., eds (1998). *A Practical Guide to Pharmaceutical Care*. Washington DC: American Pharmaceutical Association

Rupp, M.T., DeYoung, M. & Schondelmeyer, S. (1992). Prescribing Problems and Pharmacist Interventions in Community Practice. *Medical Care*, 30(10), 926-940.

Salom, I.L. & Davis, K. (1995). Prescribing for older patients: how to avoid toxic drug reactions. *Geriatrics*, 50(10), 37-40.

Salter, C., Holland, R., Harvey, I. & Henwood, K. (2007). “I haven’t even phoned my doctor yet.” The advice giving role of the pharmacist during consultations for medication review with patients aged 80 or more: qualitative discourse analysis. *BMJ* 334:1101

Santora, J., Kitrenos, J.G. & Green, E.R. (1990). Pharmacist intervention program focused on i.v. ranitidine therapy. *Am J Hosp Pharm*, 47(6), 1346-1349.

Schumock, G.T., Butler, M.G., Meek, P.D., Vermeulen, L.C., Arondekar, B.V. & Bauman, J.L. (2003). Evidence of the Economic Benefit of Clinical Pharmacy Services: 1996-2000. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 23(1), 113-132.

Silva, C. (2011). *Serviços Farmacêuticos: A perspectiva dos Farmacêuticos Comunitários*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia – Universidade do Porto, Portugal.

Simpson, D. (1997). Pharmaceutical Care: The minnesota model. *Pharm. J.*, 258(6949), 899-904.

Teixeira, J.A. (2004). Comunicação em saúde, Relação técnicos de saúde-utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.

Traverso, M.L., Salamano, M., Botta, C., Colautti, M., Palchik, V. & Perez, B. (2007). Questionnaire to assess patient satisfaction with pharmaceutical care in Spanish language. *Int J Qual Health Care*, 19, 217–224.

BIBLIOGRAFIA

Veber, A.P. A atuação do farmacêutico na saúde da família. In: Cordeiro, B.C.; Leite, S.N.(Org.). O farmacêutico na Atenção à Saúde. *Itajaí: Ed. da Univali*. p. 53 - 70.

Vervloet, D. & Durham, S. (1999). Adverse reactions to drugs. *British Medical Journal*, 8, 367-371.

Volume, C.I., Farris, K.B., Kassam, R., et al. (2001). Pharmaceutical care research and education project: patient outcomes. *J Am Pharm Assoc.* ; 41:411–20.

Walker, J. & Wynne, H. (1994). Review: The Frequency and Severity of Adverse Drug Reactions in Elderly People. *Age and Aging*, 23, 255-259.

Weidle, P. Bradley, L., Gallina, J., Mullins, C.D., Thorn, D. & Siegel, L.P. (1999). Pharmaceutical care intervention documentation program and related cost savings at a university hospital. *Hospital Pharmacy*, 34(1), 43-52.

Winterstein, A.G., Sauer, B.C., Hepler, C.D. & Poole, C. (2002). Preventable Drug-Related Hospital Admissions. *Ann Pharmacother*, 36(7-8), 1238,1248.

World Health Organization (1994). The role of the pharmacist in the health care system. New Delhi, India: WHO

World Health Organization (1997). The role of the pharmacist in the health care system. Vancouver, Canada: WHO

Zubioli, A. (2000). O farmacêutico e a automedicação responsável. *Pharmacia Brasileira*, 3(22), 23 – 26.

7. ANEXOS

7.1. Amostra entrevistas exploratórias

Entrevistados	Entidade	Idade	Género	Gravação
1	Farmacêutica Comunitária	54	Feminino	Sim
2	Cargo Institucional	37	Feminino	Sim
3	Quadro superior na área dos Serviços Farmacêuticos	38	Feminino	Sim
4	Investigador na área dos Estudos Farmacêuticos	44	Masculino	Sim
5	Cargo Institucional	66	Masculino	Sim

7.2. Amostra entrevistas finais

Utentes	Idade	Género	Nome	Gravação
1	50	M	AF	Sim
2	59	F	IS	Sim
3	76	M	AA	Sim
4	18	M	JA	Sim
5	47	F	SR	Sim
6	31	M	BV	Sim
7	24	F	MM	Sim
8	54	F	MR	Sim
9	82	M	BM	Sim
10	83	F	MG	Sim
11	72	F	CC	Sim
12	70	M	BC	Sim
13	35	M	ML	Sim
14	27	F	JV	Sim
15	45	F	CN	Sim
16	25	F	ME	Sim
17	68	M	AM	Sim
18	76	F	CA	Sim
19	67	F	PC	Sim
20	22	F	MB	Sim
21	54	F	CT	Sim
22	63	M	PD	Sim
23	50	F	AY	Sim
24	51	M	FC	Sim
25	46	F	RA	Sim

ANEXOS

Farmacêuticos	Idade	Género	Nome	Gravação
1	27	F	ST	Sim
2	73	M	PM	Sim
3	56	F	AR	Sim
4	43	F	AC	Sim
5	26	M	AP	Sim
6	61	F	IT	Sim
7	24	F	RI	Sim
8	80	F	CB	Sim
9	37	M	AM	Sim
10	46	F	OG	Sim
11	25	F	CP	Sim
12	34	F	JP	Sim
13	61	M	AC	Sim
14	27	M	AM	Sim
15	25	M	DB	Sim
16	69	F	LC	Sim
17	58	M	JC	Sim
18	30	F	CG	Sim
19	32	M	MC	Sim
20	25	F	ML	Sim
21	32	M	JI	Sim
22	25	M	PG	Sim
23	54	F	MJ	Sim
24	44	M	NS	Sim
25	55	F	PC	Sim

Lista de marcadores seleccionados

Farmacêuticos

I.

- Aconselhamento
- Servindo
- Dispensa activa
- Promoção da saúde
- Melhoria da qualidade de vida
- Contacto
- Confidente
- 1º profissional de saúde
- Prevenção
- Acompanhamento (contínuo)
- Atenção Farmacêutica
- Necessidades
- Sustentabilidade
- Atendimento personalidade
- Controlo (farmacovigilância)
- Gestão e organização
- Ouvinte
- Encaminhamento
- Educação para a saúde

II.

- Maior proximidade
- Maior acompanhamento
- Foco no utente
- Apoio
- Confiança
- Centro de Saúde
- Hospitais
- Sobrecarga CS/USF
- Registo
- Promoção da saúde
- Atenção farmacêutica
- Mudança logística
- Maior intervenção
- Articulação com outros profissionais

- Redução de custos
- Valorização
- Distinção/Diferenciação
- Cooperação
- Controlo
- Utilização racional de medicamentos
- Prevenção
- Acções clínicas
- Acessibilidade

III.

- Mudança logística
- Mudança da estrutura profissional
- Colaboração com CS/USF
- Estabelecer relação de confiança
- Postura
- Humor
- Paciência
- Investimento na estrutura da farmácia
- Serviços
- Criar empatia
- Consulta farmacêutica
- Actualização permanente das fichas dos utentes (SIFARMA 2000)
- Demonstrar interesse
- Disponibilidade para ouvir e explicar
- Integração no SNS ou PPP's
- Aumento do número de farmacêuticos
- Atenção Farmacêutica
- Confiança
- Actividades fora da farmácia

IV.

- Formação a nível da relação farmacêutico-utente
- Ferramentas para lidar com os utentes
- Mais Unidades Curriculares de Psicologia e Comunicação
- Mais Unidades Curriculares de Marketing
- Estágios durante o pré-graduado'
- Pós-graduação em empreendedorismo
- Plano de estudos relação interpessoal
- Formação pré-graduada comum
- Estágio curricular de 6 meses
- Workshops

V.

- Acompanhamento
- Redução de custos
- Proximidade
- Prevenção
- Encontrar, resolver PRM's
- Melhoria e optimização dos Cuidados de Saúde
- Uso racional de medicamentos
- Melhor aconselhamento
- Definição legal
- Responsabilização (accountability)
- Implementação de Cuidados Farmacêuticos
- Disponibilidade/Acessibilidade vs Indisponibilidade/Sobrecarga dos médicos
- Aumento da qualidade de vida dos pacientes
- Complementaridade vs Competição
- Cumplicidade farmacêutico-médico-enfermeiro
- Equipa multidisciplinar
- Maior aproximação com classes médica e enfermeiros
- Optimização das prescrições

VI.

- Mentalidade
- Adaptação ao "novo"
- Falta de colaboração entre profissionais de saúde
- Abuso de confiança do utente
- Interpretação errada dos outros profissionais
- Desacreditação dos médicos
- Falta de dinheiro
- Diminuição dos lucros das empresas
- Afastamento dos profissionais de saúde
- Corporativismos
- Tempo vs dinheiro
- Locais de venda de MNSRM
- Falta de imposição do farmacêutico enquanto profissional de saúde
- "guerras" com classe médica e enfermeiros
- Subvalorização do papel do farmacêutico
- Aumento da despesa das empresas
- Aceitação das entidades da Saúde
- Falta de interacção entre cursos de Saúde

Utentes

I.

- Caracter social
- Informação
- Proximidade
- Vender
- Dispensa
- Defesa do SNS
- Promoção da saúde
- Disponível
- Conduto ética
- Aconselhamento (1ºconselheiro)
- Adesão à terapêutica
- Uso racional de medicamentos
- Prestação de Cuidados
- Papel mais importante do que médicos
- Conhecimento
- Apoio
- “cross-selling”
- Foco da terapêutica no utente
- Opinião rápida e acessível
- Evitar médico

II.

- Maior proximidade
- Evitar sobrecarga SNS
- Encaminhar
- Aconselhamento personalizado
- Rede social
- Útil
- Aumento da eficácia
- Necessidades
- Mesma farmácia
- Confiar
- Acompanhamento
- Apoio
- Aproximar farmácia-utente
- Bom senso
- Conhecimento do historial clínico familiar
- Empatia

- Interessante
- Alargamento do conceito
- Complementaridade
- Cuidados de Saúde Primários
- Entreadjudada
- Melhores terapêuticas
- Não auto-medicação
- Cliente fiel
- Semelhante a “médico-de-família”
- Rápida intervenção
- Mesma relação que médico
- Aliviar idas ao médico e urgências

III.

- 1ºelo de aconselhamento
- Encaminhar
- Aconselhamento
- Cumplicidade
- Confiança
- Evitar PRM's
- Cuidados Farmacêuticos
- Fortalecimento da relação
- Apoio
- História familiar

IV.

- Contacto
- Psicologia (inteligência emocional)
- Contacto diário
- Confiança
- Conhecimento
- Formação
- Necessidades
- Gestão
- Comunicação
- Relação
- Maior abrangência de conhecimentos
- Upgrade de conhecimentos
- Ordens profissionais
- Escolas de saúde
- Associações

V.

- Maior acessibilidade
- Necessidade
- Acompanhado
- Orientado
- Aconselhado
- Confortado
- Farmacoterapia (apoio)
- Carinho
- Ânimo
- Diminuição de encargos
- Eficácia do tratamento
- Profissional mais próximo
- Aconselhamento
- Equipa multidisciplinar
- Práticas inovadoras
- Psicólogos
- Nutricionistas
- Maior comodidade
- Veículo de prevenção de comportamentos de risco
- Utilização racional de medicamentos
- Evitar gastos
- Não adesão
- Evitar mau uso
- Promover boas práticas

VI.

- Privacidade dos utentes
- Médico
- Relação farmacêutico-médico
- Entupimento das farmácias
- Formação adequada (competências sociais/comunicação)
- Mentalidade
- Encargo para a farmácia se grátis
- Trabalhar individualmente quando farmácia é uma equipa
- Sobreposição de funções
- Egocentrismo entre classes
- Conflito de interesse OF vs OM
- Balança de pagamentos do SNS
- Despesa
- Visão do médico-de-família

- Potencial concorrente
- Crise
- Deixar médico
- Postura dos farmacêuticos
- Conflitos entre profissionais
- Complexidade e confusão de dados
- Preconceito
- Definição regras claras de cada técnico de saúde
- Valorização de equipa multiprofissional
- Definição clara propósito das consultas
- Contratar profissional para marcar consultas
- Centralização da marcação de consultas
- Iniciar nos Centros de Saúde
- Espaço físico dos Centros de Saúde
- Implementação de taxa
- Experiências piloto
- Boa divulgação junto do utente

Lista de Marcadores Comuns

I.

- Promoção da saúde
- Aconselhamento
- Dispensa
- Educação

II.

- Maior proximidade
- Confiança
- Acompanhamento
- Cooperação

III.

- Disponibilidade
- Confiança
- Interesse
- Empatia

IV.

- Comunicação
- Estágio no pré-graduado
- Psicologia

V.

- Maior proximidade
- Acompanhamento
- Equipa multidisciplinar
- Redução de custos
- Utilização racional de medicamentos
- Prevenção

VI.

- Mentalidade
- Falta de dinheiro
- Médico-de-família
- Interpretação errada dos outros profissionais
- Postura
- “Guerras” com outras classes

Guião das Entrevistas Exploratórias

Visando a sustentabilidade do SNS a política nacional de saúde está direccionada para os Cuidados de Saúde primários, para a promoção da saúde e prevenção da doença ao invés do tratamento.

- I.** Papel do farmacêutico comunitário nos dias de hoje?
- II.** Significado do conceito “Farmacêutico-de-Família”, e as implicações práticas que advêm desse conceito no funcionamento da Farmácia Comunitária?
- III.** Estratégias adoptadas para o incremento da cumplicidade da relação Farmacêutico-Utente-núcleo familiar?
- IV.** Que condições a nível da formação e qualificação julga ser necessário para que os mais de 8000 farmacêuticos comunitários em actividade em Portugal possam prestar funções ao nível dos Cuidados de Saúde Primários?
- V.** Considerando que nas Unidades de Saúde Familiares e Centros de Saúde, prestadoras desses cuidados é nítida a redução de efectivos médicos de família com uma lista elevadíssima de pacientes, qual é na sua opinião o papel que o farmacêutico poderia ter ao nível dos Cuidados de Saúde Primários?
- VI.** Que obstáculos pensa que podem vir a surgir ao nível da implementação deste novo paradigma e, como contorná-los?
- VII.** Na sua opinião, a função do farmacêutico (Farmácia) devia ser o seguimento farmacoterapêutico de pacientes?

Guião de Entrevista Final (Farmacêuticos)

- I) Papel do farmacêutico comunitário nos dias de hoje?
- II) Significado do conceito de “Farmacêutico-de-Família”, e as implicações no quotidiano profissional que daí advêm na prática clínica da Farmácia Comunitária?
- III) Quais as medidas adoptadas por si para o incremento da cumplicidade da relação farmacêutico-Utente-núcleo familiar?
- IV) Que condições a nível da formação pré e pós-graduada e qualificação futura dos farmacêuticos julga serem necessárias para que os farmacêuticos comunitários possam optimizar a relação farmacêutico-Utente-núcleo familiar)?
- V) Sendo o farmacêutico o profissional do medicamento, qual é na sua opinião o papel que o farmacêutico poderia ter ao nível dos Cuidados de Saúde Primários?
- VI) Que obstáculos pensa que podem vir a surgir ao nível da implementação deste novo conceito e figura profissional, e como podem ser contornados?

Guião de Entrevista Final (Utentes)

- I) Papel do farmacêutico comunitário nos dias de hoje?
- II) Significado do conceito de “Farmacêutico-de-Família” para si, e as condições de implementação desta figura profissional na Farmácia que frequenta?
- III) Considera importante para si a relação que o farmacêutico estabelece com o seu núcleo familiar?
- IV) Que formação (pré e pós-graduada) dos farmacêuticos julga necessária para melhorar a relação do Farmacêutico com o seu núcleo familiar.
- V) Como encara a inclusão do profissional farmacêutico na equipa de Cuidados de Saúde Primários (USF e CS).
- VI) Obstáculos que podem vir a surgir ao nível da criação do conceito da figura de Farmacêutico-de-família e como podem ser ultrapassados?